



Catégorie(s) 22
Employés permanents à temps plein de
CARFAX Canada résidant au Québec



RÉGIME COLLECTIF

Titulaire du régime : **IHS MARKIT CANADA ULC**

N° du régime : **27345**

Prise d'effet du régime : **Le 1er avril 2021**

Ce livret est fourni dans le but d'expliquer les garanties offertes en vertu du régime collectif.

La possession de ce livret ne confère ni ne crée aucun droit contractuel. Tous les droits et obligations relatifs aux garanties offertes en vertu du régime collectif seront régis uniquement par les clauses et les conditions dudit régime collectif.

Le Titulaire du régime se réserve le droit de modifier ou d'interrompre toute protection, y compris la protection pour les retraités, prévue par le régime collectif et de résilier le régime collectif 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 du régime se réserve le droit de modifier les exigences de contribution relativement aux protections offertes, y compris la protection pour les retraités, prévues par le régime collectif 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.

iA Groupe financier est une marque de commerce et un autre nom sous lequel **l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.** exerce ses activités.

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. est l'assureur pour les garanties suivantes :

- * ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT
- * ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT
- * ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE
- * ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT
- * ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT
- * ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU CONJOINT
- * ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS
- * ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT
- * ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Nomination à titre de gestionnaire

L'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (ci-après appelé «le Gestionnaire») a été nommé par le Titulaire du régime pour administrer les garanties auto-assurées suivantes et son Régime d'avantages sociaux non assuré (ci-après appelé «le régime collectif»).

- * MÉDICAMENTS QUÉBEC
- * MALADIE COMPLÉMENTAIRE
- * MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE
- * SOINS DENTAIRES

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Page</u>
TABLEAU SOMMAIRE	1
CONDITIONS GÉNÉRALES	47
ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT	70
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT	75
ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	77
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT	80
ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT	84
ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU CONJOINT	116
ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS	117
ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTEL DU PARTICIPANT	147
ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE	162
MÉDICAMENTS QUÉBEC	177
MALADIE COMPLÉMENTAIRE	181
MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE	201
SOINS DENTAIRES	210
SERVICE DEUXIÈME OPINION MÉDICALE	224
COMPTE DE GESTION SANTE	228
COMPTE MIEUX-ÊTRE (COMPTE DE DEPENSES PERSONNELLES)	233
COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION	240
COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT	241
PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	243

TABLEAU SOMMAIRE

Le TABLEAU SOMMAIRE décrit brièvement les garanties du régime collectif 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 couverts selon les catégories ci-dessous :

Catégorie(s)

22 - Employés permanents à temps plein de CARFAX Canada résidant au Québec

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

CONDITIONS GÉNÉRALES

DATE D'ADMISSIBILITÉ

Un Employé devient admissible à la plus tardive des dates suivantes, sous réserve de toutes les modalités et conditions énoncées au régime collectif :

Catégorie(s) : 22

- a) à la date de prise d'effet du régime collectif, s'il est alors un Employé;
ou
- b) dès le premier Jour de travail auprès de l'Employeur.

PÉRIODE D'ADMISSIBILITÉ

Catégorie(s) : 22

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

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

<u>Catégorie(s)</u>	<u>Capital assuré</u>
22	2 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 : 500 000 \$ Minimum : 20 000 \$

Réductions, Exclusions et Restrictions :

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 du régime collectif.

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des événements suivants : le 70^e anniversaire de naissance du Participant, ou à la date de sa retraite, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales du régime collectif.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

<u>Catégorie(s)</u>	<u>Capital assuré</u>
22	Tranches de 10 000 \$ Maximum : 300 000 \$

Réductions, Exclusions et Restrictions :

Tous les montants d'assurance vie facultative requièrent des preuves d'assurabilité et sont assujettis à ce que l'assureur reçoive toutes les preuves exigées et donne Acceptation des preuves de santé conformément à toutes les modalités et conditions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales du régime collectif.

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 du régime collectif.

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des événements suivants : le 70^e anniversaire de naissance du Participant, ou à la date de sa retraite, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales du régime collectif.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

<u>Catégorie(s)</u>		<u>Capital assuré</u>
22	Conjoint :	10 000 \$
	Chaque Enfant dès la naissance vivante :	5 000 \$

Réductions, Exclusions et Restrictions :

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 du régime collectif.

Cessation :

Pour chaque Personne à charge couverte, l'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants : le 70^e anniversaire de naissance du Participant, ou à la date de sa retraite, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales du régime collectif.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT

<u>Catégorie(s)</u>		<u>Capital assuré</u>
22	Conjoint :	Tranches de 10 000 \$ Maximum : 300 000 \$

Réductions, Exclusions et Restrictions :

Tous les montants d'assurance vie facultative requièrent des preuves d'assurabilité et sont assujettis à ce que l'assureur reçoive toutes les preuves exigées et donne Acceptation des preuves de santé conformément à toutes les modalités et conditions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales du régime collectif.

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 du régime collectif.

Cessation :

Pour chaque Personne à charge couverte, l'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants : le 70^e anniversaire de naissance de la Personne à charge couverte, ou à la date de la retraite du Participant, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales du régime collectif.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

<u>Catégorie(s)</u>	<u>Capital assurée</u>
22	Tranches de 10 000 \$ Maximum: 200 000 \$

Réductions, Exclusions et Restrictions :

Tous les montants d'assurance maladie grave facultative requièrent des preuves d'assurabilité et sont assujettis à ce que l'assureur reçoive toutes les preuves exigées et donne Acceptation des preuves d'assurabilité conformément à toutes les modalités et conditions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales du régime collectif.

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 du régime collectif.

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des événements suivants : le 65^e anniversaire de naissance du Participant, ou à la date de sa retraite, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales du régime collectif.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU CONJOINT

<u>Catégorie(s)</u>	<u>Capital assurée</u>
22	Tranches de 10 000 \$ Maximum: 200 000 \$

Réductions, Exclusions et Restrictions :

Tous les montants d'assurance maladie grave facultative requièrent des preuves d'assurabilité et sont assujettis à ce que l'assureur reçoive toutes les preuves exigées et donne Acceptation des preuves d'assurabilité conformément à toutes les modalités et conditions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales du régime collectif.

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 du régime collectif.

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des événements suivants : le 65^e anniversaire de naissance du Conjoint, ou à la date de la retraite du Participant, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales du régime collectif.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

<u>Catégorie(s)</u>	<u>Capital assurée</u>
22	Tranches de 5 000 \$ Maximum : 20 000 \$

Réductions, Exclusions et Restrictions :

Tous les montants d'assurance maladie grave facultative requièrent des preuves d'assurabilité et sont assujettis à ce que l'assureur reçoive toutes les preuves exigées et donne Acceptation des preuves d'assurabilité conformément à toutes les modalités et conditions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales du régime collectif.

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 du régime collectif.

Cessation :

Pour chaque Enfant assuré, l'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants : le 65^e anniversaire de naissance du Participant, ou à la date de la retraite du Participant, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales du régime collectif.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT

<u>Catégorie(s)</u>	<u>Capital assuré</u>
22	Un montant égal au montant d'Assurance vie du Participant.

Réductions, Exclusions et Restrictions :

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 du régime collectif.

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des événements suivants : le 70^e anniversaire de naissance du Participant, ou à la date de sa retraite, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales du régime collectif.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

<u>Catégorie(s)</u>	<u>Prestation d'invalidité de longue durée</u>
22	<p>60 % des premiers 2 750 \$ du Revenu mensuel, 55 % des 3 750 \$ suivants et 45 % de l'excédent, le résultat étant arrondi au dollar suivant, s'il ne s'agit pas déjà d'un multiple de 1 \$.</p> <p>Maximum mensuel :</p> <p>9 000 \$ sans preuves de santé ou 12 000 \$ avec preuves de santé</p> <p>Toutefois, le maximum global ne peut excéder 85 % du Revenu net mensuel avant l'Invalidité totale.</p>
Réductions, Exclusions et Restrictions :	<p>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 du régime collectif.</p>
Délai de carence :	<p><u>Catégorie(s) : 22</u></p> <p>26 semaines consécutives</p>
Période maximale du paiement des prestations :	<p><u>Catégorie(s) : 22</u></p> <p>Jusqu'au 65^e anniversaire de naissance du Participant.</p>
<u>Catégorie(s) : 22</u>	<p>Les paiements de prestations sont non imposables.</p>

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

Cessation :

Catégorie(s) : 22

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants : le 65^e anniversaire de naissance du Participant, ou à la date de sa retraite, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales du régime collectif.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MÉDICAMENTS QUÉBEC

(Addendum à la Maladie complémentaire applicable aux résidents du Québec seulement)

(médicaments admissibles selon la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec)

Contribution maximale d'un Participant et de son Conjoint au cours d'une Année civile :

Telle que stipulée en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments* (L.R.Q., chapitre A-29.01).

La Contribution maximale du Participant comprendra également toutes les sommes que celui-ci paie à titre de Franchise ou de Coassurance pour ses Enfants à charge, le cas échéant.

Franchise :

Telle que prévue à la garantie Maladie complémentaire, sous réserve de tout maximum prévu par la *Loi sur l'assurance médicaments*.

Remboursement :

Tel que prévu à la garantie Maladie complémentaire. Si toutefois le pourcentage du Remboursement est inférieur à celui prévu par la *Loi sur l'assurance médicaments*, celui-ci sera ajusté conformément au pourcentage minimal de Remboursement permis.

Si la Contribution maximale est atteinte par le Participant ou par son Conjoint durant une Année civile, le pourcentage du Remboursement sera de 100 % pour le reste de l'Année civile pour cette personne et pour ses Enfants à charge, le cas échéant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MÉDICAMENTS QUÉBEC (suite)

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 du régime collectif.

Cessation :

La couverture en vertu de cette garantie se termine au premier des événements suivants : le 65^e anniversaire de naissance du Participant ou à la date de sa retraite, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales du régime collectif, sous réserve des Dispositions particulières pour les Personnes couvertes de 65 ans et plus prévues dans la présente garantie.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTION BRONZE

(Cette option s'applique uniquement aux participants et à leurs personnes à charge, le cas échéant, qui ont choisi d'être assurés en vertu de cette option conformément aux modalités du régime collectif.)

HOSPITALISATION DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Catégorie(s) : 22

Franchise :	Remboursement :	Maximum quotidien :
Aucune	70 %	Tarif d'une chambre semi-privée
		Maximum par Personne couverte : Illimité

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

Catégorie(s) : 22

Franchise :	Remboursement :	Maximum par Personne couverte :
Aucune	100 %	5 000 000 \$ à vie pour les Participants de moins de 70 ans et leurs Personnes à charge.
		1 000 000 \$ à vie pour les Participants de 70 ans et plus et leurs Personnes à charge.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTION BRONZE (suite)

SOINS PRODIGUÉS HORS DU CANADA

Catégorie(s) : 22

Franchise :	Remboursement :	Maximum par Personne couverte :
Aucune	50 %	50 000 \$ à vie

MÉDICAMENTS

Catégorie(s) : 22

Franchise :	3,60 \$ par médicament prescrit ou par renouvellement de médicament prescrit
Remboursement :	80 % jusqu'à un maximum de 4 500 \$ déboursés par Personne assurée, par Année civile et 100 % par la suite
Maximum :	Illimité

TOUS LES AUTRES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA

Catégorie(s) : 22

Franchise :	Aucune
Remboursement :	70 %
Maximum :	Illimité

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTION BRONZE (suite)

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 du régime collectif.

Cessation :

La couverture en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants : la date de la retraite du Participant, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales du régime collectif.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTION BRONZE (suite)

Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par Personne couverte</u>
Tous les frais couverts en vertu de l'article «Frais médicaux engagés au Canada» de la garantie Maladie complémentaire, autres que ceux indiqués ci-après	Illimité.
Vaccins de nature préventive	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Médicaments pour le traitement de l'infertilité	<u>Catégorie(s) : 22</u> 2 500 \$ à vie.
Auxiliaires anti-tabagisme	<u>Catégorie(s) : 22</u> 500 \$ à vie.
Médicaments contre la dépendance	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Timbres contraceptifs et anneaux vaginaux	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Stérilets et diaphragmes	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Injections sclérosantes	<u>Catégorie(s) : 22</u> 40 \$ par Jour.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTION BRONZE (suite)

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par Personne couverte</u>
Médicaments et vitamines injectables	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Relaxants musculaires en vente libre	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Honoraires d'infirmiers	<u>Catégorie(s) : 22</u> 10 000 \$ par Année civile.
Service ambulancier professionnel	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Séjour dans un établissement de soins de santé autorisé à fournir des soins de réadaptation ou de convalescence	<u>Catégorie(s) : 22</u> 20 \$ par Jour; maximum de 180 Jours par invalidité pour tout séjour attribuable à la même cause.
Séjour dans un établissement de soins de santé autorisé à fournir des soins pour malades chroniques	<u>Catégorie(s) : 22</u> La différence entre le coût d'une salle et d'une chambre privée jusqu'à un maximum de 360 \$ par Année civile.
Examens de laboratoire	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTION BRONZE (suite)

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par Personne couverte</u>
Services d'imagerie médicale	<u>Catégorie(s) : 22</u> 1 000 \$ par Année civile.
Équipement et matériel médical	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Oxygène, bandages herniaires et transfusions de sang et de plasma sanguin	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Radiothérapie ou coagulothérapie	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Prothèses artificielles	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Appareils de contrôle liés au diabète (dextromètres, glucomètres, réflectomètres)	<u>Catégorie(s) : 22</u> 700 \$ à vie.
Systèmes de surveillance de la glycémie en continu (SGC)	<u>Catégorie(s) : 22</u> 4 000 \$ par Année civile.
Appareils d'administration liés au diabète (pompes à insuline)	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Prothèses mammaires	<u>Catégorie(s) : 22</u> 200 \$ par Année civile.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTION BRONZE (suite)

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par Personne couverte</u>
Soutiens-gorge chirurgicaux	<u>Catégorie(s) : 22</u> Maximum de 6 soutiens-gorge chirurgicaux par Année civile.
Bas élastiques médicaux	<u>Catégorie(s) : 22</u> Maximum de 6 paires par Année civile.
Chaussures orthopédiques (personnalisées, fabriquées sur mesure ou moulées sur commande)	<u>Catégorie(s) : 22</u> 400 \$ par Année civile.
Orthèses podiatriques (moulées sur commande)	<u>Catégorie(s) : 22</u> 400 \$ par période de 24 mois consécutifs.
Lentilles cornéennes ou lentilles intraoculaires à la suite d'une chirurgie de la cataracte	<u>Catégorie(s) : 22</u> 1 lentille par œil jusqu'à un maximum de 5 000 \$ à vie.
Prothèses capillaires (requis suite à un traitement de chimiothérapie)	<u>Catégorie(s) : 22</u> 300 \$ par Année civile.
Aides à la parole	<u>Catégorie(s) : 22</u> 1 000 \$ à vie.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTION BRONZE (suite)

Frais médicaux (suite)

Frais couverts

Maximums par Personne couverte

Couvre-moignons

Catégorie(s) : 22

Maximum de 6 paires par
Année civile.

Soins dentaires suite à une
blessure accidentelle

Catégorie(s) : 22

Illimité.

Prothèses auditives ou autres
dispositifs connexes

Catégorie(s) : 22

500 \$ par période de 36 mois
consécutifs.

Examens de la vue

Catégorie(s) : 22

100 \$ par période de 24 mois
consécutifs.

Catégorie(s) : 22

Honoraires des praticiens de
soins paramédicaux suivants :
Acupuncteur, Chiropraticien ¹,
Massothérapeute, Naturopathe,
Ostéopathe ¹, Physiothérapeute
et Orthophoniste

Maximum de 200 \$ par Année
civile pour chacun de ces
praticiens.

¹ Incluant 1 radiographie(s) pour
chacun de ces praticiens.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTION BRONZE (suite)

Frais médicaux (suite)

Frais couverts

Maximums par Personne couverte

Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants :
Podologue (en Ontario et en Saskatchewan seulement) ¹ et
Podiatre ¹

Maximum combiné de 200 \$ par
Année civile.

¹ Incluant 1 radiographie(s) pour
l'ensemble de ces praticiens.

Maximum combiné global de 400 \$ par année civile pour les praticiens ci-dessus

Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants :
Psychologue, Psychothérapeute
et Travailleur social

Maximum combiné de 1 000 \$
par Année civile.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTION ARGENT

(Cette option s'applique uniquement aux participants et à leurs personnes à charge, le cas échéant, qui ont choisi d'être assurés en vertu de cette option conformément aux modalités du régime collectif.)

HOSPITALISATION DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Catégorie(s) : 22

Franchise :	Remboursement :	Maximum quotidien :
Aucune	85 %	Tarif d'une chambre semi-privée
		Maximum par Personne couverte : Illimité

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

Catégorie(s) : 22

Franchise :	Remboursement :	Maximum par Personne couverte :
Aucune	100 %	5 000 000 \$ à vie pour les Participants de moins de 70 ans et leurs Personnes à charge.
		1 000 000 \$ à vie pour les Participants de 70 ans et plus et leurs Personnes à charge.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTION ARGENT (suite)

SOINS PRODIGUÉS HORS DU CANADA

Catégorie(s) : 22

Franchise :	Remboursement :	Maximum par Personne couverte :
Aucune	50 %	50 000 \$ à vie

MÉDICAMENTS

Catégorie(s) : 22

Franchise :	3,60 \$ par médicament prescrit ou par renouvellement de médicament prescrit
Remboursement :	80 % jusqu'à un maximum de 2 250 \$ déboursés par Personne assurée, par Année civile et 100 % par la suite
Maximum :	Illimité

TOUS LES AUTRES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA

Catégorie(s) : 22

Franchise :	Aucune
Remboursement :	85 %
Maximum :	Illimité

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTION ARGENT (suite)

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 du régime collectif.

Cessation :

La couverture en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants : la date de la retraite du Participant, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales du régime collectif.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTION ARGENT (suite)

Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par Personne couverte</u>
Tous les frais couverts en vertu de l'article «Frais médicaux engagés au Canada» de la garantie Maladie complémentaire, autres que ceux indiqués ci-après	Illimité.
Vaccins de nature préventive	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Médicaments pour le traitement de l'infertilité	<u>Catégorie(s) : 22</u> 2 500 \$ à vie.
Auxiliaires anti-tabagisme	<u>Catégorie(s) : 22</u> 500 \$ à vie.
Médicaments contre la dépendance	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Timbres contraceptifs et anneaux vaginaux	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Stérilets et diaphragmes	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Injections sclérosantes	<u>Catégorie(s) : 22</u> 40 \$ par Jour.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTION ARGENT (suite)

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par Personne couverte</u>
Médicaments et vitamines injectables	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Relaxants musculaires en vente libre	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Honoraires d'infirmiers	<u>Catégorie(s) : 22</u> 10 000 \$ par Année civile.
Service ambulancier professionnel	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Séjour dans un établissement de soins de santé autorisé à fournir des soins de réadaptation ou de convalescence	<u>Catégorie(s) : 22</u> 20 \$ par Jour; maximum de 180 Jours par invalidité pour tout séjour attribuable à la même cause.
Séjour dans un établissement de soins de santé autorisé à fournir des soins pour malades chroniques	<u>Catégorie(s) : 22</u> La différence entre le coût d'une salle et d'une chambre privée jusqu'à un maximum de 360 \$ par Année civile.
Examens de laboratoire	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTION ARGENT (suite)

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par Personne couverte</u>
Services d'imagerie médicale	<u>Catégorie(s) : 22</u> 1 000 \$ par Année civile.
Équipement et matériel médical	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Oxygène, bandages herniaires et transfusions de sang et de plasma sanguin	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Radiothérapie ou coagulothérapie	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Prothèses artificielles	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Appareils de contrôle liés au diabète (dextromètres, glucomètres, réflectomètres)	<u>Catégorie(s) : 22</u> 700 \$ à vie.
Systèmes de surveillance de la glycémie en continu (SGC)	<u>Catégorie(s) : 22</u> 4 000 \$ par Année civile.
Appareils d'administration liés au diabète (pompes à insuline)	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Prothèses mammaires	<u>Catégorie(s) : 22</u> 200 \$ par Année civile.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTION ARGENT (suite)

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par Personne couverte</u>
Soutiens-gorge chirurgicaux	<u>Catégorie(s) : 22</u> Maximum de 6 soutiens-gorge chirurgicaux par Année civile.
Bas élastiques médicaux	<u>Catégorie(s) : 22</u> Maximum de 6 paires par Année civile.
Chaussures orthopédiques (personnalisées, fabriquées sur mesure ou moulées sur commande)	<u>Catégorie(s) : 22</u> 400 \$ par Année civile.
Orthèses podiatriques (moulées sur commande)	<u>Catégorie(s) : 22</u> 400 \$ par période de 24 mois consécutifs.
Lentilles cornéennes ou lentilles intraoculaires à la suite d'une chirurgie de la cataracte	<u>Catégorie(s) : 22</u> 1 lentille par œil jusqu'à un maximum de 5 000 \$ à vie.
Prothèses capillaires (requisites suite à un traitement de chimiothérapie)	<u>Catégorie(s) : 22</u> 300 \$ par Année civile.
Aides à la parole	<u>Catégorie(s) : 22</u> 1 000 \$ à vie.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTION ARGENT (suite)

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par Personne couverte</u>
Couvre-moignons	<u>Catégorie(s) : 22</u> Maximum de 6 paires par Année civile.
Soins dentaires suite à une blessure accidentelle	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Prothèses auditives ou autres dispositifs connexes	<u>Catégorie(s) : 22</u> 500 \$ par période de 36 mois consécutifs.
Examens de la vue	<u>Catégorie(s) : 22</u> 100 \$ par période de 24 mois consécutifs.
Lunettes (y compris les lunettes de soleil et lunettes de sécurité), lentilles cornéennes ou chirurgie correctrice au laser	
<ul style="list-style-type: none">• Enfants de moins de 14 ans	<u>Catégorie(s) : 22</u> 150 \$ par période de 12 mois consécutifs.
<ul style="list-style-type: none">• Adulte	<u>Catégorie(s) : 22</u> 150 \$ par période de 24 mois consécutifs.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTION ARGENT (suite)

Frais médicaux (suite)

Frais couverts

Maximums par Personne couverte

Catégorie(s) : 22

Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants :
Acupuncteur, Chiropraticien ¹,
Massothérapeute, Naturopathe,
Ostéopathe ¹, Physiothérapeute
et Orthophoniste

Maximum de 450 \$ par Année civile pour chacun de ces praticiens.

¹ Incluant 1 radiographie(s) pour chacun de ces praticiens.

Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants :
Podologue (en Ontario et en Saskatchewan seulement) ¹ et
Podiatre ¹

Maximum combiné de 450 \$ par Année civile.

¹ Incluant 1 radiographie(s) pour l'ensemble de ces praticiens.

Maximum combiné global de 900 \$ par année civile pour les praticiens ci-dessus

Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants :
Psychologue, Psychothérapeute
et Travailleur social

Maximum combiné de 1 000 \$ par Année civile.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTION OR

(Cette option s'applique uniquement aux participants et à leurs personnes à charge, le cas échéant, qui ont choisi d'être assurés en vertu de cette option conformément aux modalités du régime collectif.)

HOSPITALISATION DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Catégorie(s) : 22

Franchise :	Remboursement :	Maximum quotidien :
Aucune	100 %	Tarif d'une chambre privée
		Maximum par Personne couverte :
		Illimité

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

Catégorie(s) : 22

Franchise :	Remboursement :	Maximum par Personne couverte :
Aucune	100 %	5 000 000 \$ à vie pour les Participants de moins de 70 ans et leurs Personnes à charge.
		1 000 000 \$ à vie pour les Participants de 70 ans et plus et leurs Personnes à charge.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTION OR (suite)

SOINS PRODIGUÉS HORS DU CANADA

Catégorie(s) : 22

Franchise :	Remboursement :	Maximum par Personne couverte :
Aucune	50 %	50 000 \$ à vie

MÉDICAMENTS

Catégorie(s) : 22

Franchise :	3,60 \$ par médicament prescrit ou par renouvellement de médicament prescrit
Remboursement :	80 % jusqu'à un maximum de 2 250 \$ déboursés par Personne assurée, par Année civile et 100 % par la suite
Maximum :	Illimité

TOUS LES AUTRES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA

Catégorie(s) : 22

Franchise :	Aucune
Remboursement :	100 %
Maximum :	Illimité

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTION OR (suite)

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 du régime collectif.

Cessation :

La couverture en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants : la date de la retraite du Participant, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales du régime collectif.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTION OR (suite)

Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par Personne couverte</u>
Tous les frais couverts en vertu de l'article «Frais médicaux engagés au Canada» de la garantie Maladie complémentaire, autres que ceux indiqués ci-après	Illimité.
Vaccins de nature préventive	<u>Catégorie(s) : 22</u> 1 000 \$ par Année civile.
Médicaments pour le traitement de l'infertilité	<u>Catégorie(s) : 22</u> 2 500 \$ à vie.
Auxiliaires anti-tabagisme	<u>Catégorie(s) : 22</u> 500 \$ à vie.
Médicaments contre la dépendance	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Timbres contraceptifs et anneaux vaginaux	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Stérilets et diaphragmes	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Injections sclérosantes	<u>Catégorie(s) : 22</u> 40 \$ par Jour.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTION OR (suite)

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par Personne couverte</u>
Médicaments et vitamines injectables	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Relaxants musculaires en vente libre	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Honoraires d'infirmiers	<u>Catégorie(s) : 22</u> 10 000 \$ par Année civile.
Service ambulancier professionnel	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Séjour dans un établissement de soins de santé autorisé à fournir des soins de réadaptation ou de convalescence	<u>Catégorie(s) : 22</u> 20 \$ par Jour; maximum de 180 Jours par invalidité pour tout séjour attribuable à la même cause.
Séjour dans un établissement de soins de santé autorisé à fournir des soins pour malades chroniques	<u>Catégorie(s) : 22</u> La différence entre le coût d'une salle et d'une chambre privée jusqu'à un maximum de 360 \$ par Année civile.
Examens de laboratoire	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTION OR (suite)

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par Personne couverte</u>
Services d'imagerie médicale	<u>Catégorie(s) : 22</u> 1 000 \$ par Année civile.
Équipement et matériel médical	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Oxygène, bandages herniaires et transfusions de sang et de plasma sanguin	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Radiothérapie ou coagulothérapie	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Prothèses artificielles	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Appareils de contrôle liés au diabète (dextromètres, glucomètres, réflectomètres)	<u>Catégorie(s) : 22</u> 700 \$ à vie.
Systèmes de surveillance de la glycémie en continu (SGC)	<u>Catégorie(s) : 22</u> 4 000 \$ par Année civile.
Appareils d'administration liés au diabète (pompes à insuline)	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Prothèses mammaires	<u>Catégorie(s) : 22</u> 200 \$ par Année civile.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTION OR (suite)

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par Personne couverte</u>
Soutiens-gorge chirurgicaux	<u>Catégorie(s) : 22</u> Maximum de 4 soutiens-gorge chirurgicaux par Année civile.
Bas élastiques médicaux	<u>Catégorie(s) : 22</u> Maximum de 6 paires par Année civile.
Chaussures orthopédiques (personnalisées, fabriquées sur mesure ou moulées sur commande)	<u>Catégorie(s) : 22</u> 400 \$ par Année civile.
Orthèses podiatriques (moulées sur commande)	<u>Catégorie(s) : 22</u> 400 \$ par période de 24 mois consécutifs.
Lentilles cornéennes ou lentilles intraoculaires à la suite d'une chirurgie de la cataracte	<u>Catégorie(s) : 22</u> 1 lentille par œil jusqu'à un maximum de 1 000 \$ à vie.
Prothèses capillaires (requisites suite à un traitement de chimiothérapie)	<u>Catégorie(s) : 22</u> 300 \$ par Année civile.
Aides à la parole	<u>Catégorie(s) : 22</u> 1 000 \$ à vie.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTION OR (suite)

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par Personne couverte</u>
Couvre-moignons	<u>Catégorie(s) : 22</u> Maximum de 6 paires par Année civile.
Soins dentaires suite à une blessure accidentelle	<u>Catégorie(s) : 22</u> Illimité.
Prothèses auditives ou autres dispositifs connexes	<u>Catégorie(s) : 22</u> 500 \$ par période de 36 mois consécutifs.
Examens de la vue	<u>Catégorie(s) : 22</u> 100 \$ par période de 24 mois consécutifs.
Lunettes (y compris les lunettes de soleil et lunettes de sécurité), lentilles cornéennes ou chirurgie correctrice au laser	
<ul style="list-style-type: none">• Enfants de moins de 14 ans	<u>Catégorie(s) : 22</u> 300 \$ par période de 12 mois consécutifs.
<ul style="list-style-type: none">• Adulte	<u>Catégorie(s) : 22</u> 300 \$ par période de 24 mois consécutifs.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

MALADIE COMPLÉMENTAIRE - OPTION OR (suite)

Frais médicaux (suite)

Frais couverts

Maximums par Personne couverte

Catégorie(s) : 22

Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants :
Acupuncteur, Chiropraticien ¹,
Massothérapeute, Naturopathe,
Ostéopathe ¹, Physiothérapeute
et Orthophoniste

Maximum de 700 \$ par Année civile pour chacun de ces praticiens.

¹ Incluant 1 radiographie(s) pour chacun de ces praticiens.

Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants :
Podologue (en Ontario et en Saskatchewan seulement) ¹ et
Podiatre ¹

Maximum combiné de 700 \$ par Année civile.

¹ Incluant 1 radiographie(s) pour l'ensemble de ces praticiens.

Maximum combiné global de 1 400 \$ par année civile pour les praticiens ci-dessus

Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants :
Psychologue, Psychothérapeute
et Travailleur social

Maximum combiné de 1 000 \$ par Année civile.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

SOINS DENTAIRES - OPTION BRONZE

(Cette option s'applique uniquement aux participants et à leurs personnes à charge, le cas échéant, qui ont choisi d'être assurés en vertu de cette option conformément aux modalités du régime collectif.)

Catégorie(s)

22	Franchise :	Aucune
	Remboursement :	
	– Soins préventifs :	80 %
	– Soins de base :	70 %
	Maximum par Personne couverte :	
	– Soins préventifs et soins de base :	1 000 \$ par Année civile
	– Dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire :	1 000 \$ à vie

Les frais 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, sous réserve de toute limite indiquée à la garantie Soins dentaires. S'il n'y a pas de guide des tarifs pour l'année de référence, le Gestionnaire déterminera la base de remboursement en apportant un ajustement inflationniste au dernier guide en vigueur.

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 du régime collectif.

Cessation :

La couverture en vertu de cette garantie se termine au premier des événements suivants : la date de la retraite du Participant, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales du régime collectif.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

SOINS DENTAIRES - OPTION ARGENT

(Cette option s'applique uniquement aux participants et à leurs personnes à charge, le cas échéant, qui ont choisi d'être assurés en vertu de cette option conformément aux modalités du régime collectif.)

Catégorie(s)

22

Franchise :

Aucune

Remboursement :

- Soins préventifs : 85 %
- Soins de base : 85 %
- Soins majeurs : 50 %
- Soins orthodontiques : 50 %

Maximum par Personne couverte :

- Soins préventifs, soins de base et soins majeurs : 1 500 \$ par Année civile
- Dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire : 1 000 \$ à vie
- Soins orthodontiques : 1 500 \$ à vie

Les SOINS ORTHODONTIQUES s'appliquent uniquement aux Enfants à charge de moins de 20 ans.

Les frais 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, sous réserve de toute limite indiquée à la garantie Soins dentaires. S'il n'y a pas de guide des tarifs pour l'année de référence, le Gestionnaire déterminera la base de remboursement en apportant un ajustement inflationniste au dernier guide en vigueur.

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 du régime collectif.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

SOINS DENTAIRES - OPTION ARGENT (suite)

Cessation :

La couverture en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants : la date de la retraite du Participant, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales du régime collectif.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

SOINS DENTAIRES - OPTION OR

(Cette option s'applique uniquement aux participants et à leurs personnes à charge, le cas échéant, qui ont choisi d'être assurés en vertu de cette option conformément aux modalités du régime collectif.)

Catégorie(s)

32

Franchise :

Aucune

Remboursement :

- Soins préventifs : 100 %
- Soins de base : 100 %
- Soins majeurs : 60 %
- Soins orthodontiques : 60 %

Maximum par Personne couverte :

- Soins préventifs, soins de base et soins majeurs : 2 500 \$ par Année civile
- Dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire : 1 000 \$ à vie
- Soins orthodontiques : 2 500 \$ à vie

Les SOINS ORTHODONTIQUES s'appliquent uniquement aux Enfants à charge de moins de 20 ans.

Les frais 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, sous réserve de toute limite indiquée à la garantie Soins dentaires. S'il n'y a pas de guide des tarifs pour l'année de référence, le Gestionnaire déterminera la base de remboursement en apportant un ajustement inflationniste au dernier guide en vigueur.

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 du régime collectif.

TABLEAU SOMMAIRE- OPTION OR (suite)

SOINS DENTAIRES (suite)

Cessation :

La couverture en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants : la date de la retraite du Participant, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales du régime collectif.

CONDITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Acceptation des preuves de santé signifie que l'assureur ou le Gestionnaire 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.

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 (suite)

- 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 une personne qui est activement employée par l'Employeur sur une base permanente, à temps plein et pour un minimum de 20 heures par semaine. Si l'Employeur est une société de personnes ou une entreprise à propriétaire unique, l'associé ou le propriétaire sera considéré comme étant un Employé si cette personne travaille habituellement pour l'Employeur une semaine de travail régulièrement prévue sur une base permanente, à temps plein et pour un minimum de 20 heures par semaine. Les employés saisonniers, les employés contractuels et les employés temporaires sont exclus de la définition d'Employé.

Employeur signifie le Titulaire du régime et toute entité désignée comme étant une filiale ou une compagnie associée au Tableau sommaire.

Garanties de voyage signifie les garanties Maladie complémentaire suivantes : Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence et Assistance hors de la province en cas d'urgence et Annulation de voyage, si une telle garantie est couverte au régime collectif.

Hôpital signifie une institution :

- a) Légalement reconnue comme telle par l'organisme gouvernemental concerné; et
- 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. La Chirurgie d'un jour est considérée comme une période d'Hospitalisation.

Jour signifie un jour civil, sauf si défini autrement dans le régime collectif.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

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 le régime collectif, 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 tout Employé qui est couvert en vertu du régime collectif.

Période d'admissibilité signifie la période continue, telle qu'indiquée au Tableau sommaire, se terminant à la Date d'entrée en vigueur du régime collectif 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 couvertes en vertu du régime collectif, 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 ledit Participant, qu'il présente publiquement comme son Conjoint et avec qui il cohabite en permanence depuis au moins 1 année.

La séparation de fait depuis plus de 3 mois fait perdre ce statut de Conjoint aux fins du régime collectif.

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.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

b) Enfant

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

- i) Être âgé de moins de 21 ans; ou
- ii) Être âgé de moins de 26 ans et fréquenter à temps plein 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 couverte/Personne assurée signifie un Participant ou une Personne à charge d'un Participant qui est couvert en vertu du régime collectif.

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.

Revenu signifie :

Revenu annuel signifie la rémunération annuelle du Participant telle que déclarée par le Titulaire du régime à l'assureur ou au Gestionnaire.

Revenu mensuel signifie le Revenu annuel du Participant divisé par 12.

Revenu brut mensuel indexé avant l'Invalidité totale signifie le Revenu mensuel reçu par le Participant, immédiatement avant la date de début de l'Invalidité totale, augmenté chaque 1er mars qui coïncide ou qui suit le prochain anniversaire de la date à laquelle le Participant a eu droit à la prestation d'invalidité de longue durée selon l'indice des prix à la consommation (tel que publié par le gouvernement du Canada) de l'Année civile qui précède.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Revenu brut mensuel avant l'Invalidité totale signifie le Revenu mensuel reçu par le Participant immédiatement avant la date de début de son Invalidité totale.

Revenu net mensuel avant l'Invalidité totale signifie le Revenu mensuel reçu par le Participant immédiatement avant la date de début de son Invalidité totale, réduit des retenues d'impôts, du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, d'assurance-emploi et du régime québécois d'assurance parentale.

Montant du Revenu à utiliser

Lorsqu'une prestation payée en vertu du régime collectif 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 ou au Gestionnaire par le Titulaire du régime, l'Employeur, les agents de l'Employeur; 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 du régime signifie toute entité inscrite comme étant le Titulaire du régime sur la page couverture du régime collectif.

MODIFICATION AUX RÉGIMES GOUVERNEMENTAUX

Les prestations prévues en vertu du régime collectif sont établies en complémentarité des prestations prévues aux régimes gouvernementaux. Toute modification à ces régimes gouvernementaux après la date de prise d'effet du régime collectif n'aura pas pour effet de modifier les prestations

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

prévues aux présentes, à moins qu'une entente de modification des garanties ne soit signée par les signataires autorisés du Titulaire du régime.

Nonobstant ce que prévoit le paragraphe précédent, le régime collectif sera modifié 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 régime offre un certain type ou un certain niveau de protection ou les moyens de fournir un certain type de protection, le régime collectif sera réputé avoir été modifié pour tenir compte des exigences de la législation.

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

Le régime collectif 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 couverte 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, privé ou public, à moins que ces fournitures ou services ne soient explicitement couverts par le régime collectif.

INCONTESTABILITÉ

La clause suivante s'applique aux garanties auto-assurées mises sur pied par le Titulaire du régime :

Lorsque des preuves de santé sont requises pour accepter la couverture d'un Participant ou d'une Personne à charge, ou l'une de ses garanties, les déclarations faites relativement aux dites preuves sont, sauf en cas d'erreur relative à l'âge ou en cas de fraude, acceptées comme vraies et incontestables après que la couverture ou la garantie dudit Participant ou de ladite Personne à charge a été en vigueur pendant 2 ans.

Si la couverture est résiliée et par la suite remise en vigueur, ce délai de 2 ans recommence à compter de la date de remise en vigueur.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

La clause suivante s'applique aux garanties pour lesquelles l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. est l'assureur :

Si des preuves de santé sont exigées par l'assureur pour accepter l'un des éléments suivants :

- a) L'assurance en vertu du régime collectif 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 de santé 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 de santé 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 de santé ne s'applique pas en cas de fraude ou d'erreur sur l'âge.

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 du régime collectif 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.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

COUVERTURE CHEZ UN TIERS

Un Participant admissible à la garantie Maladie complémentaire ou à la garantie Soins dentaires et dont le Conjoint bénéficie d'une couverture comparable peut renoncer à cette couverture qui lui est offerte en vertu du régime collectif.

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

Si la couverture en vertu du régime du Conjoint prend fin en raison de la résiliation d'un tel régime ou en raison de la perte d'admissibilité, une demande peut être faite afin de couvrir, en vertu du régime collectif, ces personnes dont la couverture a pris fin.

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

AGENTS

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

ERREURS

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

- a) Continuer une couverture qui autrement serait valablement terminée.
- b) Augmenter toute couverture existante.
- c) Mettre en vigueur une couverture qui, n'eût été de cette erreur, ne serait pas valablement en vigueur.
- d) Nuire autrement au Titulaire du régime de toute autre manière.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

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

- a) Résilier ou annuler rétroactivement toute couverture qui y serait associée.
- b) Réduire le montant de la couverture au montant qu'il aurait dû être, n'eût été de cette erreur.
- c) Prendre toute autre mesure qui peut être nécessaire pour corriger l'erreur.

ADMISSIBILITÉ

Employé

Un Employé deviendra admissible à la couverture en vertu du régime collectif 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 du régime collectif; et
- b) Il est un Résident à temps plein au Canada; et
- c) Il bénéficie d'une assurance en vertu du régime d'assurance maladie de sa province de résidence; et
- d) Il a satisfait à la Période d'admissibilité précisée au Tableau sommaire.

Cependant, un Employé n'est pas admissible à la garantie d'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 la couverture en vertu du régime collectif 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 du régime collectif; 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

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

- d) L'Employé dont elle est une Personne à charge est couvert en vertu du régime collectif à titre de Participant.

DEMANDE DE PARTICIPATION

Tout Employé qui devient admissible à la couverture en vertu du régime collectif 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, le Gestionnaire ou le Titulaire du régime ou de formulaires qui répondent à leurs exigences.

Si l'employé n'indique pas quelle option doit s'appliquer à ses personnes à charge et à lui-même, l'employé et ses personnes à charge seront assurés sous l'option argent.

PRISE D'EFFET DE LA COUVERTURE

Que la participation au régime collectif soit obligatoire ou facultative, la couverture d'un Employé et, s'il y a lieu, celle de ses Personnes à charge, prend effet à la date d'admissibilité de la personne, si la demande de participation au régime collectif est reçue par le Titulaire du régime avant ou à cette date, ou dans les 31 Jours qui suivent cette date.

Cependant si :

- a) L'Employé n'est pas Effectivement au travail à la date à laquelle sa couverture aurait dû prendre effet, la couverture ne prendra pas effet avant la date ultérieure à laquelle il est de nouveau Effectivement au travail;
- b) La Personne à charge est Hospitalisée à la date à laquelle sa couverture aurait dû prendre effet, la couverture ne prendra pas effet avant la date ultérieure à laquelle elle n'est plus Hospitalisée (cette clause ne s'applique pas dans le cas d'un nouveau-né).

Tout montant de couverture en excès du maximum sans preuves de santé indiqué au Tableau sommaire prend effet à la date à laquelle l'assureur ou le Gestionnaire reçoit les preuves de santé et donne Acceptation des preuves de santé. Si les preuves de santé du Participant ne sont pas acceptées par l'assureur ou le Gestionnaire, toute augmentation future du maximum sans

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

preuves de santé ne résultera pas automatiquement en une augmentation de la couverture du Participant. L'augmentation du maximum sans preuves de santé résultera uniquement en une augmentation de la couverture du Participant s'il soumet des preuves de sa santé et si l'assureur ou le Gestionnaire donne Acceptation des preuves de santé.

FIN DE LA COUVERTURE

Participant

La couverture du Participant se termine automatiquement à la première des dates suivantes :

- a) La date de résiliation du régime collectif; ou
- 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; ou
- e) La date à laquelle le Participant perd sa Capacité de travailler légalement au Canada; ou
- f) La date à laquelle le Participant cesse d'être couvert par le régime d'assurance maladie de sa province; ou
- g) La date du décès du Participant; ou
- h) La date à laquelle le Titulaire du régime résilie la couverture du Participant; ou
- 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

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

- j) La date à laquelle le Participant ne répond plus à la définition d'Employé, ou cesse d'être Effectivement au travail, selon la définition du régime collectif.

La couverture 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 du régime pour obtenir des renseignements additionnels.

Personnes à charge

La couverture 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 couvert en vertu du régime collectif; ou
- b) La date à laquelle la Personne à charge ne répond plus à la définition de Personne à charge du régime collectif; ou
- 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; ou
- e) La date à laquelle la Personne à charge cesse d'être couverte par le régime d'assurance maladie de sa province de résidence; ou
- f) La date à laquelle le Titulaire du régime met fin à la couverture de la Personne à charge.

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

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

MODIFICATIONS AU MONTANT DE COUVERTURE

Participant

- (1) Pour toute modification du niveau de la couverture du Participant autre qu'un changement d'option de la couverture maladie complémentaire/soins dentaires :

Une modification qui entraîne une réduction de la couverture du Participant prend effet à la date réelle de la modification.

Une modification qui entraîne une augmentation de la couverture du Participant prend effet à la dernière des dates suivantes :

- a) La date de l'évènement; ou
- b) La date à laquelle le Gestionnaire reçoit les preuves de santé et donne Acceptation des preuves de santé, lorsque des preuves de santé sont exigées.

Cependant, si le Participant n'est pas Effectivement au travail à la date à laquelle l'augmentation de la couverture aurait dû prendre effet, l'augmentation ne prend effet qu'à la date à laquelle le Participant est de retour Effectivement au travail.

- (2) Pour toute modification de la couverture qu'un changement d'option de la couverture maladie complémentaire/soins dentaires du Participant :

Toute modification de la couverture qu'un changement d'option de la couverture maladie complémentaire/soins dentaires du Participant ne peut être effectuée que lors d'une période de réinscription ou à la suite d'un évènement de vie.

Un Participant peut modifier son option maladie complémentaire/soins dentaires lors d'une période de réinscription au moyen des formulaires fournis par l'assureur ou de formulaires qui répondent à ses exigences. Le Participant qui ne remplit pas ledit formulaire pendant ou avant la période de réinscription ne pourra modifier son option que lors de la prochaine période de réinscription, à moins que ne survienne un évènement de vie.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Un Participant peut modifier son option maladie complémentaire/soins dentaires à la suite d'un évènement de vie en remplissant le formulaire prévu à cet effet dans les 31 jours suivant l'évènement. Le changement d'option prendra effet à la date de survenance de l'évènement ou à la date à laquelle le formulaire est rempli, si cette date est ultérieure. Si le formulaire n'est pas rempli dans les 31 jours suivant l'évènement de vie, le changement d'option ne pourra prendre effet que lors de la prochaine période de réinscription.

Un Participant ne peut changer son option complémentaire de soins de santé/soins dentaires de l'option or qu'à condition d'avoir été couvert par l'option or pendant au moins deux ans.

Remarque : les options complémentaires de santé et de soins dentaires sont liées (c.-à-d. si un Participant choisit l'option bronze, il sera sous l'option bronze pour les soins de santé supplémentaires et les soins dentaires).

Comme il est stipulé ci-dessus :

Période de réinscription : Le 1^{er} avril 2022, et chaque anniversaire du 1^{er} avril par la suite.

Évènement de vie : mariage, divorce, séparation, cohabitation durant la période de temps nécessaire afin qu'un individu soit considéré comme un conjoint, naissance, décès d'une personne à charge, changement de situation d'emploi du conjoint ou changement de niveau de couverture du conjoint au sein de sa police collective.

Personnes à charge

- (1) Pour toute modification du niveau d'assurance de la personne à charge, autre qu'un changement d'option maladie complémentaire/soins dentaires en vertu duquel la personne à charge est assurée :

Une modification qui entraîne une réduction de la couverture de la Personne à charge prend effet à la date réelle de la modification.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Une modification qui entraîne une augmentation de la couverture de la Personne à charge prend effet à la dernière des dates suivantes :

- a) La date de l'évènement; ou
- b) La date à laquelle le Gestionnaire reçoit les preuves de santé et donne Acceptation des preuves de santé, lorsque des preuves de santé sont exigées.

Cependant, si la Personne à charge est Hospitalisée à la date à laquelle l'augmentation de la couverture aurait dû prendre effet, l'augmentation ne prend effet qu'à la première date à laquelle elle cesse d'être Hospitalisée. (Ce paragraphe ne peut s'appliquer pour reporter la date à laquelle une augmentation de la couverture d'un nouveau-né doit prendre effet.)

- (2) Pour toute modification d'option maladie complémentaire/soins dentaires en vertu duquel la Personne à charge est assurée :

Toute modification d'option maladie complémentaire/soins dentaires en vertu duquel la Personne à charge est assurée prend effet à la date à laquelle l'option maladie complémentaire/soins dentaires du Participant dont elle est à la charge prend effet.

AVIS ET PREUVE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

L'avis et la preuve de toute demande de règlement doivent être soumis à l'assureur ou au Titulaire du régime dans le format exigé par l'assureur ou le Titulaire du régime. La preuve d'une demande de règlement doit inclure toutes les informations que l'assureur ou le Titulaire du régime 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 ou le Titulaire du régime ne sera pas tenu responsable d'une demande de règlement qui n'est pas soumise conformément aux modalités et conditions du régime collectif.

♦ **Maladie complémentaire et Soins dentaires :**

L'avis et la preuve d'une demande de règlement doivent être soumis à l'assureur ou au Gestionnaire dans les 12 mois suivant la date de survenance du sinistre donnant droit à une prestation.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

- ♦ **Assurance vie ou Assurance décès et mutilation accidentels :**

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 suivants la date de survenance du sinistre donnant droit à une prestation.

- ♦ **Assurance maladie grave :**

L'avis d'une demande de règlement doit être soumis dans les 30 Jours suivant la date de survenance de la condition ou de la chirurgie couverte, à moins d'indication contraire en vertu de la garantie Assurance maladie grave. La preuve de la demande de règlement doit être soumise dans les 90 Jours suivant la date de survenance de cette condition ou de cette chirurgie couverte, à moins d'indication contraire en vertu de la garantie Assurance maladie grave.

- ♦ **Assurance invalidité de longue durée :**

L'avis et la preuve d'une demande de règlement doivent être reçus par l'assureur dans les 30 Jours suivant la fin du Délai de carence du Participant.

AVIS ET PREUVE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT DANS LE CAS DE LA FIN DE LA COUVERTURE OU DE LA RÉSILIATION DE LA POLICE

La clause suivante s'applique aux garanties pour lesquelles l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. est l'assureur :

Dans l'éventualité de la résiliation du régime collectif 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 invalidité de longue durée doivent être soumis à l'assureur dans les 90 Jours suivant la date de la résiliation du régime collectif 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 invalidité de longue durée doivent être soumis dans les 180 Jours suivant la date de la résiliation de la police collective et, dans l'éventualité de la fin de l'assurance du Participant, dans les 90 Jours suivant la fin de son assurance.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

DEMANDES FRAUDULEUSES DE RÈGLEMENT

L'assureur ou le Titulaire du régime entreprendra toutes les actions nécessaires pour détecter et enquêter les demandes de règlement frauduleuses en vertu du régime collectif.

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 ou le Titulaire du régime et le régime collectif.

L'assureur ou le Titulaire du régime 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 ou le Titulaire du régime détermine qu'un Participant ou une Personne à charge a soumis une demande de règlement qui contient des renseignements faux ou trompeurs, l'assureur ou le Titulaire du régime aura le droit, à sa seule discrétion, de refuser la demande de règlement ou d'exiger un remboursement si la demande a déjà fait l'objet d'un paiement. De plus, nonobstant toute autre disposition du régime collectif, l'assureur ou le Titulaire du régime aura le droit de mettre fin à la couverture du Participant en vertu du régime collectif, y compris toute couverture 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 ou le Titulaire du régime a pris la décision de refuser ou de mettre fin à une demande de règlement ou de couverture en vertu du régime collectif, ce refus ou cette fin de demande de règlement ou de couverture peut être appelé, pourvu que ce droit d'appel soit exercé dans les 60 Jours de la date de la lettre initiale de refus ou de fin de demande de règlement ou de couverture.

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 ou le Titulaire du régime.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

DÉPENSES

Sauf si expressément prévu autrement dans le régime collectif, 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 du régime collectif, 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 toute autre information.

BÉNÉFICIAIRE

La clause suivante s'applique aux garanties pour lesquelles l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. est l'assureur :

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 d'Assurance vie du Participant, la garantie d'Assurance décès et mutilation accidentels du Participant et la garantie d'Assurance vie facultative 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.

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

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'ancien régime collectif du Titulaire du régime, cette désignation s'appliquera à la protection d'assurance prévue par le régime collectif, à moins que le Participant n'ait changé sa désignation par écrit auprès de l'assureur. Le

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Participant doit vérifier la désignation de bénéficiaire effectuée en vertu de l'ancien régime collectif du Titulaire du régime pour s'assurer qu'elle reflète ses intentions actuelles à l'égard de son assurance.

Le régime collectif renferme une disposition qui supprime ou restreint le droit des Personnes couvertes de désigner des personnes auxquelles ou au profit desquelles des sommes couvertes sont payables.

DROIT D'EXAMEN DE DOSSIER ET D'ENQUÊTE DE L'ASSUREUR OU DU TITULAIRE DU RÉGIME COLLECTIF

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

- a) Exiger tout examen médical, psychiatrique, psychologique, fonctionnel, professionnel ou tout autre examen d'un Participant ou de toute Personne couverte pour qui une demande de règlement a été soumise. L'assureur ou le Titulaire du régime 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 toute autre Personne couverte interrogé doit se conformer aux modalités et conditions d'un examen qui sont requises par un tel examinateur; et
- b) Exiger une autopsie, lorsque ce n'est pas interdit par la loi.

L'assureur ou le Titulaire du régime 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 couverte pour qui une demande de règlement a été soumise. Le Participant ou la Personne couverte doivent coopérer pleinement avec l'assureur ou le Titulaire du régime pour l'obtention de tout dossier ou rapport.

L'assureur ou le Titulaire du régime, 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.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

SUBROGATION

Si des prestations sont payables en vertu du régime collectif 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 ou le Titulaire du régime 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 du régime collectif.

Le Participant ou la Personne à charge devra rembourser à l'assureur ou au Titulaire du régime toute somme jusqu'à concurrence des prestations payées ou payables dans le futur en vertu du régime collectif 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 ou le Titulaire du régime, l'assureur ou le Titulaire du régime se fera rembourser, à 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 ou le Titulaire du régime a également le droit de se faire rembourser un montant, déterminé par l'assureur ou le Titulaire du régime, qui reflète raisonnablement la valeur des prestations futures qui seraient payables au Participant ou à la Personne à charge en vertu du régime collectif. Le montant récupéré par l'assureur ou le Titulaire du régime 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.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Si le Participant ou la Personne à charge omet de rembourser l'assureur ou le Titulaire du régime conformément au régime collectif, l'assureur ou le Titulaire du régime 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 ou le Titulaire du régime, 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 ou le Titulaire du régime 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 ou le Titulaire du régime 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 du régime collectif ou en vertu de la loi.

Le Participant doit aviser l'assureur ou le Titulaire du régime 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 ou le Titulaire du régime 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 et la Personne à charge doivent veiller à ce que le droit de subrogation de l'assureur ou du Titulaire du régime soit mentionné dans tout recours contre un tiers et doivent donner à leur avocat l'instruction de collaborer entièrement avec l'assureur ou le Titulaire du régime. L'assureur ou le Titulaire du régime 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 ou le Titulaire du régime se réserve le droit 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 ou au Titulaire du régime dans le cadre de son recours.

Les demandes de subrogation de l'assureur ou du Titulaire du régime ne doivent pas être réglées ni compromises de quelque manière que ce soit sans son

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

consentement écrit préalable. Aucun règlement à l'égard d'une réclamation contre un tiers ne lie l'assureur ou le Titulaire du régime s'il n'a pas donné son consentement préalable et, le cas échéant, l'assureur ou le Titulaire du régime se réserve le droit de présenter une réclamation directement au Participant et à la Personne à charge, conformément aux droits qui lui sont conférés en vertu du régime collectif ou de la loi.

SOMMES PAYÉES EN TROP

Si l'assureur ou le Titulaire du régime 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 ou le Titulaire du régime immédiatement et en totalité, dès que l'assureur ou le Titulaire du régime requiert un tel remboursement.

Dans le cas où les sommes payées en trop ne sont pas remboursées, l'assureur ou le Titulaire du régime 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 exerçant l'un des droits suivants :

- a) Réduire à zéro toute prestation d'assurance invalidité payable au Participant en vertu du régime collectif jusqu'à ce que les sommes payées en trop soient entièrement recouvrées; et
- b) Réduire toute autre prestation payable en vertu du régime collectif, qu'elle soit payable au Participant ou à ses Personnes à charge, jusqu'à 100 % du montant dû des sommes payées en trop.

RESTRICTIONS RELATIVES AUX ACTIONS EN JUSTICE

La clause suivante s'applique aux garanties pour lesquelles l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. est l'assureur :

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 du régime collectif.

Toute action ou procédure contre un assureur pour le recouvrement des sommes couvertes payables en vertu du régime collectif est absolument

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

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 couvert 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 du régime collectif.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

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 du régime collectif 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.

Toutefois, si le Participant est couvert par l'Assurance invalidité de longue durée en vertu du régime collectif, les définitions d'**Invalidité Totale** et **Totalement invalide** doivent être celles qui sont définies en vertu de la garantie d'Assurance invalidité de longue durée.

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 60 % de son Revenu brut mensuel indexé avant l'Invalidité totale.

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT (suite)

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) Son régime collectif et qui n'a cessé d'être couvert par une garantie d'assurance vie offerte par le Titulaire du régime 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 de santé.

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

- a) Permanente; ou
- b) Temporaire à 65 ans; ou
- c) 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 couvert 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 couvert immédiatement avant la fin de son assurance; ou
- c) De la différence entre le montant pour lequel le Participant était couvert 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

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT (suite)

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.

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

- a) Un Participant qui devient Totalement invalide est admissible à l'exonération du paiement des primes en vertu de la présente garantie, s'il est âgé de moins de 65 ans et à condition qu'il soit admissible aux prestations en vertu de la garantie d'Assurance invalidité de longue durée du régime collectif, si celle-ci y est incluse.

Si le Participant n'est pas admissible à recevoir des prestations en vertu de la garantie d'Assurance invalidité de longue durée ou si aucune garantie d'Assurance invalidité de longue durée n'est incluse dans le régime collectif, il sera 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 couvert 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, a été soumise à l'assureur dans les 12 mois du début de l'Invalidité totale.

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT (suite)

- 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 du régime collectif, et qui auraient été applicables au Participant s'il avait été Effectivement au travail.
- c) L'exonération des primes du Participant débute à la première des dates suivantes :
 - i) Le Jour suivant la fin du Délai de carence de la garantie d'Assurance invalidité de longue durée, le cas échéant; ou
 - ii) 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 du régime collectif, 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 d'assurance vie, 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

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT (suite)

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 couvert en vertu de la garantie d'Assurance vie du Participant, il pourra exercer son Droit de transformation conformément à la présente garantie.

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 du régime collectif.

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 du régime collectif.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Un Participant peut obtenir un montant d'assurance vie facultative à la condition d'en faire la demande écrite à l'assureur et de fournir les preuves de santé jugées satisfaisantes par l'assureur et que l'assureur donne son Acceptation des preuves de santé.

Le capital assuré dont le Participant pourra se prévaloir correspondra au montant d'assurance demandé tel qu'indiqué au Tableau sommaire.

Si le Participant décède alors qu'il était couvert par la présente garantie, l'assureur s'engage à verser au bénéficiaire le capital assuré au moment du décès du Participant, sous réserve de toutes les modalités et conditions de cette garantie et du régime collectifs.

STATUT DE NON-FUMEUR

Si l'assureur offre des taux de primes réduits pour les non-fumeurs, le Participant qui désire bénéficier de ces taux accordés aux non-fumeurs doit faire une déclaration de non-fumeur sur sa demande de participation.

Fausse déclaration touchant le statut de non-fumeur

Le Participant qui déclare être non-fumeur sur sa demande de participation ou sur sa dernière preuve de déclaration de santé, si elle est plus récente, alors qu'il est un fumeur, sera réputé avoir fait une fausse déclaration.

S'il est établi, après le décès du Participant, que ce dernier a fait une fausse déclaration, l'assurance vie facultative de ce Participant sera nulle et sans effet et aucune somme d'assurance vie facultative ne sera versée en vertu de la présente garantie.

Preuve de statut

L'assureur se réserve le droit d'exiger du Participant qu'il fournisse de nouveau une déclaration de son statut de non-fumeur chaque fois que des preuves de santé deviennent exigibles.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

EXCLUSIONS

Si un Participant se suicide, sans égard à son état psychologique, et indépendamment de toute Maladie ou déficience, moins de 24 mois suivant la date d'entrée en vigueur de son assurance en vertu de la présente garantie, aucune prestation ne sera payable par l'assureur. L'assureur ne remboursera au bénéficiaire que les primes relatives à l'Assurance vie facultative perçues pour ce Participant et ce remboursement le libérera de toutes obligations en vertu de la présente garantie.

Le délai de 24 mois débute à nouveau à la date à laquelle :

- a) L'Assurance vie facultative est remise en vigueur; ou
- b) Le montant d'Assurance vie facultative est augmenté à la demande du Participant, mais uniquement pour le montant d'assurance additionnel.

DISPOSITIONS SUPPLÉMENTAIRES

Toute disposition de la garantie Assurance vie du Participant qui n'est pas incompatible aux dispositions de la présente garantie fait partie intégrante de la présente garantie.

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 du régime collectif.

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 du régime collectif.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Si une Personne à charge décède alors qu'elle était couverte par la présente garantie, l'assureur s'engage à verser au Participant le capital assuré, tel qu'indiqué au Tableau sommaire, sous réserve de toutes les modalités et conditions de cette garantie et du régime collectif.

EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsqu'un Participant est exonéré du paiement de ses primes d'assurance vie en vertu de la disposition Exonération des primes de la garantie d'Assurance vie du Participant, il sera aussi admissible à l'exonération du paiement des primes relatives à la présente garantie sous réserve des mêmes modalités et des mêmes conditions.

DROIT DE TRANSFORMATION

Un Participant dont l'assurance vie du Conjoint, en vertu de la présente garantie, est résiliée avant ou au moment de son 65^e anniversaire de naissance ou avant ou au moment du 65^e anniversaire de naissance de son Conjoint, selon le premier des deux évènements, en raison de :

- a) La cessation de son emploi; ou
- b) La fin de son appartenance au groupe; ou
- c) La résiliation du régime collectif et si le Conjoint n'a cessé d'être couvert par la garantie d'Assurance vie des personnes à charge offerte par le Titulaire du régime depuis au moins 5 ans,

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

Un Conjoint dont l'assurance vie, en vertu de la présente garantie, est résiliée avant ou au moment de son 65^e anniversaire de naissance ou avant ou au moment du 65^e anniversaire de naissance du Participant, selon le premier des deux évènements, en raison du décès du Participant, pourra transformer son assurance vie en tout ou en partie en une police d'assurance vie individuelle sans avoir à fournir des preuves de santé.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE (suite)

Le Participant ou le Conjoint, le cas échéant, pourra transformer son assurance vie en un des types d'assurance suivants :

- a) Permanente; ou
- b) Temporaire à 65 ans; ou
- c) 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 et d'assurance vie facultative pour lesquels le Conjoint était couvert en vertu du régime collectif, 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 le Conjoint, le cas échéant; ou
- b) Du montant pour lequel le Conjoint était couvert immédiatement avant la fin de son assurance; et
- c) De la différence entre le montant pour lequel le Conjoint était couvert immédiatement avant la fin de son assurance et le montant auquel il est admissible en vertu d'une nouvelle police d'assurance vie collective; et
- 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 et 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 du Conjoint.

La police d'assurance vie 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 Conjoint et ne prend effet qu'à l'expiration de cette période.

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

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE (suite)

RÉDUCTIONS

Le capital assuré est assujéti à toutes réductions applicables indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales du régime collectif.

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 du régime collectif.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT

Un Participant peut obtenir, pour son Conjoint, un montant d'assurance vie facultative à la condition d'en faire la demande écrite à l'assureur et de fournir les preuves de santé jugées nécessaires par l'assureur et que l'assureur donne son Acceptation des preuves de santé.

Le capital assuré dont le Conjoint pourra se prévaloir correspondra au montant d'assurance demandé tel qu'indiqué au Tableau sommaire.

Si le Conjoint décède alors qu'il était couvert par la présente garantie, l'assureur s'engage à verser au Participant le capital assuré au moment du décès, sous réserve de toutes les modalités et conditions de cette garantie et du régime collectif.

EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsqu'un Participant est exonéré du paiement de ses primes d'assurance vie en vertu de la disposition Exonération des primes de la garantie d'Assurance vie du Participant, il sera aussi admissible à l'exonération du paiement des primes relatives à la présente garantie sous réserve des mêmes modalités et des mêmes conditions.

DROIT DE TRANSFORMATION

Un Participant dont l'assurance vie facultative du Conjoint, en vertu de la présente garantie, est résiliée avant ou au moment de son 65^e anniversaire de naissance ou avant ou au moment du 65^e anniversaire de naissance de son Conjoint, selon le premier des deux événements, en raison de :

- a) La cessation de son emploi; ou
- b) La fin de son appartenance au groupe; ou
- c) La résiliation du régime collectif et si le Conjoint n'a cessé d'être couvert par la garantie d'Assurance vie des personnes à charge offerte par le Titulaire du régime depuis au moins 5 ans,

peut transformer en tout ou en partie l'assurance vie facultative de son Conjoint en une police d'assurance vie individuelle sans avoir à fournir des preuves de santé.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT (suite)

Un Conjoint dont l'assurance vie facultative est résiliée avant ou au moment de son 65^e anniversaire de naissance ou avant ou au moment du 65^e anniversaire de naissance du Participant, selon le premier des deux événements, en raison du décès du Participant, pourra transformer son assurance vie facultative en tout ou en partie en une police d'assurance vie individuelle sans avoir à fournir des preuves de santé.

Le Participant ou le Conjoint, le cas échéant, pourra transformer son assurance vie facultative en un des types d'assurance suivants :

- a) Permanente; ou
- b) Temporaire à 65 ans; ou
- c) 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 et d'assurance vie facultative pour lesquels le Conjoint était couvert en vertu de la présente garantie 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 le Conjoint, le cas échéant; ou
- b) Du montant pour lequel le Conjoint était couvert immédiatement avant la fin de son assurance; ou
- c) De la différence entre le montant pour lequel le Conjoint était couvert 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 du Conjoint.

La police d'assurance vie 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

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT (suite)

l'assurance vie facultative du Conjoint et ne prend effet qu'à l'expiration de cette période.

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

STATUT DE NON-FUMEUR

Si l'assureur offre des taux de primes réduits pour les non-fumeurs, le Conjoint qui désire bénéficier de ces taux accordés aux non-fumeurs doit faire une déclaration de non-fumeur sur sa demande de participation à l'assurance vie facultative.

Fausse déclaration touchant le statut de non-fumeur

Le Conjoint qui déclare être non-fumeur sur la demande de participation ou sur sa dernière preuve de déclaration de santé, si elle est plus récente, alors qu'il est un fumeur, sera réputé avoir fait une fausse déclaration.

S'il est établi, après le décès du Conjoint, que ce dernier a fait une fausse déclaration, l'assurance vie facultative de ce Conjoint sera nulle et sans effet et aucune somme d'assurance vie facultative ne sera versée en vertu de la présente garantie.

Preuve de statut

L'assureur se réserve le droit d'exiger du Conjoint qu'il fournisse de nouveau une déclaration de son statut de non-fumeur chaque fois que des preuves de santé deviennent exigibles.

EXCLUSION

Si une Personne à charge couverte se suicide, sans égard à son état psychologique, et indépendamment de toute Maladie ou déficience, moins de 24 mois suivant la date d'entrée en vigueur de son Assurance vie facultative en vertu de la présente garantie, aucune prestation ne sera payable par l'assureur. L'assureur ne remboursera au Participant que les primes relatives à l'Assurance

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT (suite)

vie facultative perçues pour telle personne et le remboursement le libère de toutes les obligations en vertu de la présente garantie.

Le délai de 24 mois débute à nouveau à la date à laquelle :

- a) L'Assurance vie facultative est remise en vigueur; ou
- b) Le montant d'Assurance vie facultative est augmenté à la demande du Participant, mais uniquement pour le montant d'assurance additionnel.

RÉDUCTIONS

Le capital assuré est assujéti à toutes réductions applicables indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales du régime collectif.

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 du régime collectif.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Un Participant peut obtenir un montant d'assurance maladie grave facultative à la condition d'en faire la demande écrite à l'assureur et de fournir les preuves d'assurabilité jugées nécessaires par l'assureur et que l'assureur donne son Acceptation des preuves d'assurabilité.

Le capital assuré du Participant correspondra au montant d'assurance demandé tel qu'indiqué au Tableau sommaire.

Si le Participant souffre d'une des Maladies ou subit l'une des Chirurgies décrites à l'article Maladies et Chirurgies couvertes de la présente garantie, l'assureur s'engage à verser au Participant le capital assuré, sous réserve des modalités et des conditions énoncées dans la présente garantie et dans le régime collectif.

Si le Participant est décédé au moment où doit s'effectuer le paiement de la prestation, la prestation est versée à sa succession.

CONDITIONS

En cas de Maladie ou de Chirurgie couverte, le versement de la prestation s'effectue :

- a) Si la Maladie a été diagnostiquée ou la Chirurgie a eu lieu alors que le Participant était couvert en vertu de la présente garantie; et
- b) Si la Date du Diagnostic de la Maladie ou de la Chirurgie couverte est ultérieure à :
 - i) La date de prise d'effet de la protection du Participant en vertu de la présente garantie; ou
 - ii) La date de la dernière remise en vigueur de la protection du Participant; et
- c) Si le Participant a survécu au moins 30 Jours après la Date du Diagnostic de la Maladie ou la date à laquelle la Chirurgie a eu lieu, sauf indication contraire énoncée dans la présente garantie.

En cas de récurrence de Cancer ou de métastases, aucune prestation ne sera payable pour toute récurrence de Cancer ou de métastases si le Cancer en question a été initialement diagnostiqué avant la date de prise d'effet de la protection du Participant en vertu de la présente garantie, sans égard à la date de récurrence de Cancer ou de métastases.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

Lorsque le paiement de la prestation pour une Maladie ou une Chirurgie couverte en vertu de l'une des catégories spécifiées dans la disposition Maladies et Chirurgies couvertes de la présente garantie est versé au Participant, aucune autre prestation ne sera payable en vertu de cette catégorie de Maladies et Chirurgies couvertes, sauf indication contraire énoncée dans les restrictions de cette catégorie.

Cependant, si une prestation à l'égard d'une Maladie ou d'une Chirurgie couverte par suite d'une blessure, d'un Accident, d'une Maladie ou d'une affection est versée au Participant, le Participant ne sera pas couvert en vertu d'une catégorie différente de Maladies et Chirurgies couvertes à l'égard d'une autre demande de règlement qui :

- a) Est causée par ou découle de la même blessure, le même Accident, la même Maladie ou la même affection, ou y a contribué; ou
- b) Découle d'un traitement médical ou chirurgical à l'égard de la même blessure, du même Accident, de la même Maladie ou de la même affection.

Si un Participant reçoit simultanément plusieurs Diagnostics établissant qu'il souffre de plusieurs Maladies ou Chirurgies couvertes, l'assureur s'engage à verser au Participant une prestation à l'égard d'une Maladie ou Chirurgie couverte seulement. La Maladie ou Chirurgie couverte pour laquelle la prestation à l'égard de la disposition Maladies ou Chirurgies couvertes est versée correspond à la Maladie ou Chirurgie couverte qui figure dans le regroupement de la catégorie dont le numéro est le plus bas, en commençant par la Catégorie 1 – Maladies et Chirurgies couvertes.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Chirurgie signifie une intervention chirurgicale Médicalement requise effectuée sur l'avis écrit d'un Spécialiste. La Chirurgie doit être effectuée par un Médecin au Canada ou aux États-Unis.

Date du Diagnostic signifie la date à laquelle un Spécialiste pose, à l'égard du Participant, un Diagnostic de Maladies ou Chirurgies couvertes.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

Diagnostic signifie le Diagnostic certifié par un Spécialiste, posé au Participant souffrant d'une Maladie ou Chirurgie couverte.

Irréversible signifie un état de santé qui ne peut être amélioré par un traitement médical ou chirurgical au moment du Diagnostic. Nonobstant ce qui précède, un état de santé est considéré comme Irréversible si, d'après l'avis du Médecin du Participant, le traitement médical ou chirurgical pour améliorer l'état de santé présenterait un risque pour la santé du Participant qui l'emporte sur les avantages escomptés d'un tel traitement.

Maintien des fonctions vitales signifie que le Participant est sous les soins réguliers d'un Médecin autorisé pour le soutien nutritionnel, le soutien des voies respiratoires et/ou cardiovasculaires lorsque la cessation Irréversible de toutes les fonctions du cerveau a eu lieu.

Période de survie signifie une période de 30 Jours consécutifs qui suit immédiatement la Date du Diagnostic d'une Maladie ou de la date d'une Chirurgie couverte, selon le cas, à moins qu'une période plus longue soit spécifiée dans la définition de la Maladie ou Chirurgie couverte applicable. Dans le cas d'un Diagnostic de Greffe d'un organe vital, la Période de survie signifie une période de 30 Jours consécutifs qui suit immédiatement la procédure de transplantation d'un cœur, d'un poumon, du foie, d'un rein ou de moelle osseuse au Participant. La Période de survie ne comprend pas le nombre de Jours de Maintien des fonctions vitales. Le Participant doit être en vie à la fin de la Période de survie et ne doit pas avoir subi de cessation Irréversible de toutes les fonctions du cerveau. Pour les Maladies ou Chirurgies couvertes qui ont une période de référence, par exemple une période de 90 Jours pour les Méningites bactériennes et la Paralysie, la Période de survie court concurremment avec la période de référence de cette Maladie ou Chirurgie couverte.

Spécialiste signifie un Médecin autorisé à pratiquer la médecine :

- a) Qui a reçu la formation propre au domaine de spécialisation médicale pertinent à la Maladie ou Chirurgie couverte faisant l'objet d'une demande de règlement; et
- b) Dont les compétences ont été certifiées par une commission d'examen appropriée; et

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

- c) Qui exerce sa profession dans son domaine de spécialisation au Canada ou aux États-Unis.

Spécialiste comprend, sans s'y limiter, tout cardiologue, neurologue, néphrologue, oncologue, ophtalmologiste, spécialiste des brûlures et interniste. Le Spécialiste ne peut être ni le Participant, ni son Conjoint, ni un parent ou un associé du Participant.

En l'absence ou en cas de non-disponibilité d'un Spécialiste, et sous réserve de l'approbation de l'assureur, une Maladie ou Chirurgie couverte peut être diagnostiquée par tout Médecin autorisé à pratiquer la médecine au Canada ou aux États-Unis.

MALADIES ET CHIRURGIES COUVERTES

Catégorie 1 – Maladies et Chirurgies couvertes

Cancer

Cancer s'entend d'un Diagnostic formel d'une tumeur maligne, qui doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains. Les types de Cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Cancer a été posé par un Spécialiste, et confirmé par un rapport pathologique.

Aux fins de la présente garantie :

- a) Le terme **Cancer de la prostate au stade T1a ou T1b** s'entend d'une tumeur non apparente cliniquement ni palpable par toucher rectal, et qui a été décelée de façon fortuite dans un prélèvement de tissu prostatique.
- b) Le terme **Tumeurs stromales gastro-intestinales [TSGI] au stade 1 selon la classification de l'AJCC** s'entend :
- i) De TSGI gastriques et/ou de l'épiploon, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 10 cm, et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm², ou 50 par CFG; ou

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

- ii) De TSGI de l'intestin grêle, de l'œsophage, du côlon et du rectum, du méésentère et du péritoine, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 5 cm, et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm², ou 50 par CFG.
- c) Les termes «Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 1 selon la classification de l'AJCC» s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du Cancer (8e édition, 2018) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).
- d) Le terme «stade 0 selon la classification de Rai» s'applique comme l'indique la publication Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46:219, 1975).

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie si, dans les 90 Jours suivant la date de prise d'effet de la protection du Participant en vertu de la présente garantie ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection du Participant, si cette date est ultérieure, le Participant :

- a) A présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené directement ou indirectement à l'établissement d'un Diagnostic de Cancer (couvert ou non au titre de la présente garantie), peu importe la Date du Diagnostic; ou
- b) A reçu un Diagnostic de Cancer (couvert ou non au titre de la présente garantie).

Les renseignements médicaux concernant le Diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du Diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les 6 mois suivant la Date du Diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur un Cancer, ou sur toute Maladie grave causée par un Cancer ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans les cas suivants :

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

- a) Lésions qualifiées de bénignes, non invasives, de précancéreuses, à potentiel malin faible et/ou incertain, de limites («borderline»), carcinome in situ, ou tumeurs au stade Tis ou Ta;
- b) Mélanome malin de la peau d'une épaisseur inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- c) Tout Cancer de la peau, autre que le mélanome, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance. Cela inclut, sans s'y limiter, le lymphome cutané à cellules T, le carcinome basocellulaire, le carcinome spinocellulaire ou le carcinome à cellules de Merkel;
- d) Cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- e) Cancer de la thyroïde papillaire ou Cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- f) Leucémie lymphoïde chronique au stade 0 selon la classification de Rai, sans atteinte des ganglions lymphatiques, de la rate ou du foie, et en présence d'un nombre normal de globules rouges et de plaquettes;
- g) Tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC;
- h) Tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de grade 1 limitées à l'organe atteint, traitées par Chirurgie uniquement et ne nécessitant aucun traitement additionnel, à part la prise de médicaments pour neutraliser les effets d'une hypersécrétion d'hormones par la tumeur; ou
- i) Thymome (stade 1) limité au thymus, en l'absence d'indices d'invasion de la capsule ou de propagation au-delà du thymus.

Restriction relative aux Maladies et Chirurgies couvertes de la Catégorie 1

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des Maladies ou Chirurgies couvertes de la Catégorie 1, le Participant ne sera plus admissible à la protection

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

en vertu de la présente garantie pour toute future Maladie ou Chirurgie couverte de la Catégorie 1.

Catégorie 2 – Maladies et Chirurgies couvertes

Chirurgie de l’Aorte

Chirurgie de l’Aorte s’entend d’une intervention chirurgicale visant à traiter une Maladie de l’Aorte qui nécessite l’ablation et le remplacement chirurgical de n’importe quelle partie de l’Aorte atteinte au moyen d’une greffe. Le terme **Aorte** s’entend de l’Aorte thoracique et de l’Aorte abdominale, mais non des branches de l’Aorte.

La prestation en vertu de la présente garantie n’est payable que si l’intervention chirurgicale est jugée Médicalement requise par un Spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie en cas d’angioplastie, d’intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d’intervention non chirurgicale.

Crise cardiaque

Crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) s’entend d’un Diagnostic formel de la mort d’une partie du muscle cardiaque résultant d’une insuffisance de l’apport sanguin, qui entraîne l’augmentation et la chute des biomarqueurs cardiaques au point que leur niveau confirme le Diagnostic d’un infarctus aigu du myocarde, accompagnées d’au moins une des manifestations suivantes :

- a) Symptômes de Crise cardiaque;
- b) Changements récents à l’électrocardiogramme (ECG) indiquant une Crise cardiaque;
- c) Apparition de nouvelles ondes Q pathologique sur l’ECG à la suite d’une intervention cardiaque intra-artérielle, y compris, sans toutefois s’y limiter, une coronarographie et une Angioplastie coronarienne.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) est posé par un Spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans les cas suivants :

- a) Changements à l'ECG qui témoignent d'un infarctus du myocarde survenu antérieurement; ou
- b) Autre syndromes coronariens aigus, tels que l'angine de poitrine et l'angine instable; ou
- c) Augmentation des biomarqueurs cardiaques et/ou symptômes résultant d'actes médicaux ou de diagnostics autres que celui de Crise cardiaque.

Pontage aortocoronarien

Pontage aortocoronarien s'entend d'une intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'une ou de plusieurs greffes.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si l'intervention chirurgicale est jugée Médicalement requise par un Spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de cette garantie en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque s'entend d'une intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si l'intervention chirurgicale est jugée Médicalement requise par un Spécialiste.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Restriction relative aux Maladies et Chirurgies couvertes de la Catégorie 2

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des Maladies ou Chirurgies couvertes de la Catégorie 2, le Participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future Maladie ou Chirurgie couverte de la Catégorie 2.

Nonobstant ce qui indiqué ci-dessus, lorsqu'une prestation est versée à l'égard d'une Crise cardiaque, le Participant ne sera plus admissible en vertu de la présente garantie pour toute future Maladie ou Chirurgie couverte de la Catégorie 2 ou la Catégorie 3.

Catégorie 3 – Maladies et Chirurgies couvertes

Accident vasculaire cérébral

Accident vasculaire cérébral (avec déficits neurologiques persistants) s'entend d'un Diagnostic formel d'un Accident vasculaire cérébral (AVC) aigu causé par une thrombose intracrânienne, une hémorragie, ou une embolie, avec :

- a) Apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et
- b) Nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique,

persistant pendant plus de 30 Jours après la Date du Diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostique montrant des changements qui, par leurs caractéristiques, leur localisation et le moment où ils sont survenus, correspondent aux nouveaux déficits neurologiques.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic d'Accident vasculaire cérébral est posé par un Spécialiste.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

Aux fins de la présente garantie, les déficits neurologiques doivent être détectables par un Spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la Paralyse, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans les cas suivants :

- a) Accident ischémique transitoire; ou
- b) Accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme; ou
- c) Troubles ischémiques du système vestibulaire; ou
- d) Mort tissulaire du nerf optique ou de la rétine sans perte totale de la vue de l'œil en cause; ou
- e) Infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition du terme Accident vasculaire cérébral ci-dessus.

Coma

Coma s'entend d'un Diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de Coma de Glasgow doit indiquer 4 ou moins pendant cette période.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Coma est posé par un Spécialiste.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans les cas suivants :

- a) Le Coma a été médicalement provoqué; ou
- b) Le Coma résulte directement de la consommation d'alcool ou de drogues; ou
- c) Un Diagnostic de mort cérébrale a été posé.

Démence, y compris maladie d'Alzheimer

Démence, y compris maladie d'Alzheimer s'entend d'un Diagnostic formel de Démence, soit la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- a) Aphasie (un trouble de la parole);
- b) Apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
- c) Agnosie (difficulté à reconnaître des objets);
- d) Perturbation des fonctions exécutives (p. ex., incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne.

Le Participant doit présenter :

- a) Une Démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et
- b) Des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes obtenues soit par une batterie de tests cognitifs soit par l'historique de la Maladie sur une période d'au moins 6 mois.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Démence, y compris maladie d'Alzheimer est posé par un Spécialiste.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

Aux fins de la présente garantie, la référence pour le mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) est Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatr Res. 1975; 12(3) : 189.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie pour des troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.

Maladie de Parkinson et Syndromes parkinsoniens atypiques

Maladie de Parkinson et Syndromes parkinsoniens atypiques s'entend d'un Diagnostic formel de a) Maladie de Parkinson ou de b) Syndrome parkinsonien atypique tels que définis ci-dessous :

- a) Maladie de Parkinson s'entend d'un Diagnostic formel de Maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants : rigidité musculaire ou tremblement de repos. Le Participant doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an, et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la Maladie de Parkinson.
- b) Syndrome parkinsonien atypique s'entend du Diagnostic formel de Paralyse supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Maladie de Parkinson ou de Syndrome parkinsonien atypique est posé par un Spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie si, dans la première année suivant la date de prise d'effet de la protection du Participant en vertu de la présente garantie ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection du Participant, si cette date est ultérieure, le Participant :

- a) A présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené directement ou indirectement à l'établissement

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

d'un Diagnostic de Maladie de Parkinson, de Syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, peu importe la Date du Diagnostic; ou

- b) A reçu un Diagnostic de Maladie de Parkinson, de Syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme.

Les renseignements médicaux concernant le Diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du Diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les 6 mois suivant la Date du Diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur la Maladie de Parkinson ou un Syndrome parkinsonien atypique, ou sur toute Maladie grave causée par la Maladie de Parkinson ou un Syndrome parkinsonien atypique ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente Maladie ou Chirurgie couverte pour tout autre type de parkinsonisme.

Maladie du motoneurone

Maladie du motoneurone s'entend d'un Diagnostic formel de l'un des troubles suivants exclusivement : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, atrophie musculaire progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudo-bulbaire.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Maladie du motoneurone est posé par un Spécialiste.

Méningite bactérienne

Méningite bactérienne s'entend d'un Diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant la présence de bactéries pathogènes. La présence desdites bactéries doit être confirmée par une culture ou au moyen d'un autre test microbiologique médicalement accepté. La Méningite bactérienne doit provoquer des déficits neurologiques objectifs qui persistent pendant au moins 90 Jours suivant la Date du Diagnostic.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Méningite bactérienne est posé par un Spécialiste.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

Aux fins de la présente garantie, les déficits neurologiques doivent être détectables par un Spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la Paralyse, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans le cas d'une méningite virale.

Paralyse

Paralyse s'entend d'un Diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres par suite d'une blessure ou d'une Maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 Jours suivant l'évènement déclencheur.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Paralyse est posé par un Spécialiste.

Perte d'autonomie

Perte d'autonomie s'entend d'un Diagnostic formel d'une incapacité totale, découlant d'une Maladie ou d'une blessure corporelle, d'effectuer par soi-même, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels, au moins 3 des 6 Activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous sur une période continue d'au moins 90 Jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Perte d'autonomie est posé par un Médecin et confirmé par une évaluation indépendante des besoins de soins à domicile effectuée par un ergothérapeute ou un Spécialiste exerçant une profession équivalente.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

Les Activités de la vie quotidienne sont :

- a) **Se laver** : la capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette;
- b) **Se vêtir** : la capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux;
- c) **Se servir des toilettes** : la capacité de s'asseoir sur les toilettes et s'en lever, et d'assurer son hygiène personnelle;
- d) **Être continent** : la capacité de gérer ses fonctions urinaires et intestinales avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à assurer son hygiène personnelle;
- e) **Se mouvoir** : la capacité de se lever du lit, de se coucher, de s'asseoir et de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant;
- f) **Se nourrir** : la capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies.

Aucune période de survie additionnelle ne s'applique si le Participant satisfait aux conditions décrites ci-dessus.

Perte de l'usage de la parole

Perte de l'usage de la parole s'entend d'un Diagnostic formel de la perte totale et Irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une Maladie pendant une période d'au moins 180 Jours.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Perte de l'usage de la parole est posé par un Spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie pour toute cause psychiatrique.

Sclérose en plaques

Sclérose en plaques s'entend d'un Diagnostic formel, suivant la date de prise d'effet de la protection du Participant en vertu de la présente garantie ou la date

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

de la dernière remise en vigueur de la protection du Participant, si cette date est ultérieure, d'au moins une des manifestations suivantes :

- a) Au moins 2 poussées cliniques distinctes, confirmées par au moins un test d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation; ou
- b) Une seule poussée s'accompagnant de déficits neurologiques objectifs persistant pendant plus de 6 mois, confirmée par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation; ou
- c) Une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux qui démontrent le développement de nouvelles plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Sclérose en plaques est posé par un Spécialiste.

Aux fins de la présente garantie, les déficits neurologiques doivent être détectables par un Spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la Paralyse, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie si, dans l'année suivant la date de prise d'effet de la protection du Participant en vertu de la présente garantie ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection du Participant, si cette date est ultérieure, le Participant :

- a) A présenté des signes ou des symptômes ou a subi des examens qui ont mené directement ou indirectement à un Diagnostic de Sclérose en plaques (couverte ou non en vertu de la présente garantie), sans égard à la Date du Diagnostic; ou
- b) A reçu un Diagnostic de Sclérose en plaques (couverte ou non en vertu de la présente garantie).

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

Les renseignements médicaux concernant le Diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du Diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les 6 mois suivant la Date du Diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans ce délai, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur la Sclérose en plaques, ou sur toute Maladie grave causée par la Sclérose en plaques ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- a) Sclérose solitaire; ou
- b) Syndrome clinique isolé; ou
- c) Syndrome radiologique isolé; ou
- d) Neuromyéélite optique; ou
- e) Sclérose en plaques soupçonnée ou probable.

Tumeur cérébrale bénigne

Tumeur cérébrale bénigne s'entend d'un Diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou une radiothérapie, ou provoquer des déficits neurologiques objectifs et Irréversibles.

Ces déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostiques montrant des changements qui, par leurs caractéristiques, leur localisation et le moment où ils sont survenus, correspondent aux déficits neurologiques.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Tumeur cérébrale bénigne est posé par un Spécialiste.

Aux fins de la présente garantie, les déficits neurologiques doivent être détectables par un Spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la Paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie si, dans les 90 Jours suivant la date de prise d'effet de la protection du Participant en vertu de la présente garantie ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection d'un Participant, si cette date est ultérieure, le Participant :

- a) A présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un Diagnostic de Tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu de la présente garantie), peu importe la date d'établissement du Diagnostic; ou
- b) A reçu un Diagnostic de Tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu de la présente garantie).

Les renseignements médicaux concernant le Diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du Diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les 6 mois suivant la Date du Diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur une Tumeur cérébrale bénigne, ou sur toute Maladie grave causée par une Tumeur cérébrale bénigne ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie pour des adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm, des malformations vasculaires, des cholestéatomes ou des tumeurs infectieuses ou inflammatoires.

Restriction relative aux Maladies et Chirurgies couvertes de la Catégorie 3

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des Maladies ou Chirurgies couvertes de la Catégorie 3, le Participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future Maladie ou Chirurgie couverte de la Catégorie 3.

Nonobstant ce qui indiqué ci-dessus, lorsqu'une prestation est versée à l'égard d'une Crise cardiaque, le Participant ne sera plus admissible en vertu de la présente garantie pour toute future Maladie ou Chirurgie couverte de la Catégorie 2 ou la Catégorie 3.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

Catégorie 4 – Maladies et Chirurgies couvertes

Anémie aplastique

Anémie aplastique s'entend d'un Diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopénie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants :

- a) Stimulation de la moelle osseuse; ou
- b) Immunosuppresseurs; ou
- c) Greffe de moelle osseuse.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic d'Anémie aplastique est posé par un Spécialiste.

Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe

Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe s'entend d'un Diagnostic formel d'une insuffisance Irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe du point de vue médical. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition du terme Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe, le Participant doit être inscrit à titre de receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme de greffe requise. Pour les besoins de la Période de survie, la Date du Diagnostic est la date de l'inscription du Participant dans un centre de transplantation.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de défaillance d'un organe vital est posé par un Spécialiste.

Greffe d'un organe vital

Greffe d'un organe vital s'entend, à la suite d'un Diagnostic formel, d'une intervention chirurgicale rendue Médicalement requise en raison d'une insuffisance Irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

de la moelle osseuse. Pour avoir droit à la prestation en vertu de la présente Maladie ou Chirurgie couverte, le Participant doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de défaillance d'un organe vital est posé par un Spécialiste.

Insuffisance rénale

Insuffisance rénale s'entend d'un Diagnostic formel d'une insuffisance chronique et Irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic d'Insuffisance rénale est posé par un Spécialiste.

Restriction relative aux Maladies et Chirurgies couvertes de la Catégorie 4

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des Maladies ou Chirurgies couvertes de la Catégorie 4, le Participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future Maladie ou Chirurgie couverte de la Catégorie 4.

Catégorie 5 – Maladies et Chirurgies couvertes

Cécité

Cécité s'entend d'un Diagnostic formel de la perte totale et Irréversible de la vue des deux yeux, attestée par :

- a) Une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux, ou
- b) Un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Cécité est posé par un Spécialiste.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

Restriction relative aux Maladies et Chirurgies couvertes de la Catégorie 5

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des Maladies ou Chirurgies couvertes de la Catégorie 5, le Participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future Maladie ou Chirurgie couverte de la Catégorie 5.

Catégorie 6 – Maladies et Chirurgies couvertes

Surdité

Surdité s'entend d'un Diagnostic formel de la perte totale et Irréversible de l'ouïe des deux oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Surdité est posé par un Spécialiste.

Restriction relative aux Maladies et Chirurgies couvertes de la Catégorie 6

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des Maladies ou Chirurgies couvertes de la Catégorie 6, le Participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future Maladie ou Chirurgie couverte de la Catégorie 6.

Catégorie 7 – Maladies et Chirurgies couvertes

Brûlures graves

Brûlures graves s'entend d'un Diagnostic formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Brûlures graves est posé par un Spécialiste.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

Restriction relative aux Maladies et Chirurgies couvertes de la Catégorie 7

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des Maladies ou Chirurgies couvertes de la Catégorie 7, le Participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future Maladie ou Chirurgie couverte de la Catégorie 7.

Catégorie 8 – Maladies et Chirurgies couvertes

Perte de membres

Perte de membres s'entend d'un Diagnostic formel de la séparation complète de deux membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville, ou plus haut, par suite d'un Accident ou d'une amputation Médicalement requise.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Perte de membres est posé par un Spécialiste.

Restriction relative aux Maladies et Chirurgies couvertes de la Catégorie 8

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des Maladies ou Chirurgies couvertes de la Catégorie 8, le Participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future Maladie ou Chirurgie couverte de la Catégorie 8.

Catégorie 9 – Maladies et Chirurgies couvertes

Infection au VIH dans le cadre de l'occupation

Infection au VIH dans le cadre de l'occupation s'entend d'un Diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé le Participant à des liquides organiques contaminés par le VIH pendant qu'il exerçait sa profession habituelle.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir eue lieu après la date de prise d'effet de la protection du Participant ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection du Participant, si cette date est ultérieure.

La prestation exigible au titre de la présente Maladie ou Chirurgie couverte ne sera versée que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

- a) La blessure accidentelle doit être signalée à l'assureur dans les 14 Jours suivant cette blessure; et
- b) Une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 Jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif; et
- c) Une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 Jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif; et
- d) Tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis; et
- e) La blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux lignes directrices en vigueur au Canada ou aux États- Unis pour le milieu de travail.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic d'Infection au VIH dans le cadre de l'occupation est posé par un Spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans les cas suivants :

- a) Le Participant a décidé de ne se faire administrer aucun des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH; ou
- b) Un traitement approuvé contre l'infection au VIH était disponible avant la blessure accidentelle; ou
- c) L'infection au VIH résulte d'une blessure non accidentelle, y compris, sans toutefois s'y limiter, par transmission sexuelle ou par usage de drogues injectables.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

Restriction relative aux Maladies et Chirurgies couvertes de la Catégorie 9

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des Maladies ou Chirurgies couvertes de la Catégorie 9, le Participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future Maladie ou Chirurgie couverte de la Catégorie 9.

Catégorie 10 – Maladies et Chirurgies couvertes

Angioplastie coronarienne

Angioplastie coronarienne s'entend d'une intervention chirurgicale visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre une circulation ininterrompue de sang.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si l'intervention chirurgicale est jugée Médicalement requise par un Spécialiste.

La prestation payable pour une Angioplastie coronarienne est de 10 % du capital assuré tel que qu'indiqué au Tableau sommaire.

Cancer à un stade précoce

Cancer à un stade précoce s'entend de l'une ou l'autre des affections suivantes :

- a) Cancer de la peau avec mélanome malin qui est d'une épaisseur inférieure ou égale à 1 mm, à moins qu'il ne soit ulcéré ou avec atteinte ganglionnaire ou avec métastases à distance; ou
- b) Cancer de la prostate de stade T1a ou T1b, sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance; ou
- c) Cancer papillaire de la thyroïde ou Cancer folliculaire de la thyroïde, ou les deux, dont le diamètre maximal est inférieur ou égal à 2 cm et de stade T1, sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance; ou
- d) Leucémie lymphoïde chronique d'un stade inférieur au stade RAI 0; ou
- e) Tumeurs stromales gastro-intestinales (TSGI) au stade 1 selon la classification de l'AJCC; ou

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

- f) Carcinome canalaire in situ du sein; ou
- g) Tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de grade 1 limitées à l'organe atteint, traitées par Chirurgie uniquement et ne nécessitant aucun traitement additionnel, à part la prise de médicaments pour neutraliser les effets d'une hypersécrétion d'hormones par la tumeur.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic d'un Cancer à un stade précoce est posé par un Spécialiste.

La prestation payable pour un Cancer à un stade précoce est de 10 % du capital assuré tel que qu'indiqué au Tableau sommaire.

Restriction relative aux Maladies et Chirurgies couvertes de la Catégorie 10

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des Maladies ou Chirurgies couvertes de la Catégorie 10, le Participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future Maladie ou Chirurgie couverte de la Catégorie 10.

EXCLUSION RELATIVE À L'ÉTAT DE SANTÉ ANTÉRIEUR

Comme il est stipulé dans la présente disposition, **État de santé antérieur** signifie une Maladie ou une Chirurgie couverte :

- a) Qui a été contractée par le Participant ou dont il a souffert; ou
- b) Dont les signes et symptômes ont amené le Participant à subir un traitement donné par un Médecin; ou
- c) Dont les signes et symptômes ont été analysés ou examinés par un Médecin; ou
- d) Pour laquelle le Participant a pris des médicaments, tels que prescrits par un Médecin,

au cours de la période de 24 mois précédant la date à laquelle le Participant était couvert par la présente garantie.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour une Maladie ou une Chirurgie couverte qui :

- a) Découle directement ou indirectement d'un État de santé antérieur ou est liée ou est attribuable, d'une quelconque façon ou à un quelconque degré, à un État de santé antérieur; et
- b) A débuté au cours des 24 premiers mois suivant la prise d'effet de la protection du Participant en vertu de la présente garantie.

Nonobstant ce qui précède, s'il s'agit d'un Participant dont l'assurance a été remise en vigueur en vertu de la présente garantie, tel que décrit à la disposition Remise en vigueur de l'assurance, si la protection d'assurance offerte audit Participant n'a pas été en vigueur suffisamment longtemps pour épuiser la période d'État de santé antérieur de 24 mois à la date de résiliation de l'assurance, la période d'État de santé antérieure du Participant va se poursuivre à compter de la date de remise en vigueur.

Exception à l'exclusion relative à l'État de santé antérieur

Cependant, si l'assurance du Participant en vertu de la présente garantie remplace la garantie d'assurance maladie grave d'une police d'assurance collective antérieure, la clause d'exclusion relative à l'État de santé antérieur pour une Maladie ou une Chirurgie, qui était couverte par la garantie d'assurance maladie grave de la police d'assurance collective antérieure, ne s'appliquera pas et une prestation sera payable pour cette Maladie ou Chirurgie, pourvu que :

- a) Le Participant était assuré par la garantie d'assurance maladie grave de la police d'assurance collective antérieure immédiatement avant la date de la cessation de cette assurance; et
- b) Le Participant est devenu assuré en vertu de la présente garantie immédiatement après la date de la cessation de la garantie d'assurance maladie grave de la police d'assurance collective antérieure; et
- c) Le Participant répondait aux exigences de la période d'exclusion relative à l'État de santé antérieur de la garantie d'assurance maladie grave de la police d'assurance collective antérieure ou il répond aux exigences de la période d'exclusion relative à l'État de santé antérieur de la présente garantie, en prenant en considération la période continue couverte par la

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

présente garantie et la garantie d'assurance de la police d'assurance collective antérieure.

La prestation payable à un Participant, pour qui la clause d'exclusion relative à l'État de santé antérieur ne s'applique pas en vertu du paragraphe précédent, sera déterminée selon la garantie d'assurance maladie grave du régime collectif, mais en aucun cas elle n'excèdera celle qui aurait été payable en vertu de la police d'assurance collective antérieure.

La clause d'exclusion relative à l'État de santé antérieur s'appliquera à toute Maladie ou Chirurgie qui n'était pas couverte en vertu de la garantie d'assurance maladie grave de la police d'assurance collective antérieure d'un Participant, dont la garantie en vertu du régime collectif remplace la garantie d'assurance maladie grave d'une police d'assurance collective antérieure.

La clause d'exclusion relative à l'État de santé antérieur ne s'appliquera pas à toute couverture pour laquelle des preuves d'assurabilité ont été soumises et approuvées en vertu de la présente garantie.

EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est versée en vertu de la présente garantie si la Maladie ou la Chirurgie résulte directement ou indirectement :

- a) D'un suicide ou d'une tentative de suicide ou de toute blessure que le Participant s'inflige, sans égard à son état psychologique, et indépendamment de toute Maladie ou déficience.
- b) D'un acte criminel que le Participant a commis ou tenté de commettre, ou de la provocation d'une agression.
- c) De toute agitation civile, insurrection ou guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute.
- d) De la consommation de drogues, de substances toxiques ou de stupéfiants, sauf s'ils sont prescrits et administrés par un Médecin autorisé, ou conformément à ses directives.
- e) De la consommation excessive d'alcool.
- f) De la conduite d'un véhicule motorisé si le Participant avait, au moment de l'Accident en cause, un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise par la loi.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

- g) D'un vol à bord d'un aéronef, sauf en qualité de passager et non de pilote, d'exploitant ou de membre de l'équipage sur ou à bord de quelque aéronef, à condition i) qu'il s'agisse d'un vol de transporteur aérien régulier à horaire fixe, ii) que l'aéronef soit muni d'un certificat de navigabilité et qu'il soit piloté par une personne qui détient un permis de vol à jour et valide faisant foi de ses compétences et l'autorisant à piloter l'aéronef et iii) que l'aéronef ne soit pas la propriété du Titulaire de la police ou de l'Employeur du Participant et ne soit ni exploité, ni nolisé ou loué par ce Titulaire ou Employeur.
- h) De la pratique, amateur ou professionnelle :
 - i) D'activités sous-marines, y compris, sans toutefois s'y limiter, la plongée en scaphandre autonome et la plongée en apnée; ou
 - ii) De vols en deltaplaneur; ou
 - iii) De sauts en parachute; ou
 - iv) De courses en véhicule motorisé ou à des concours de vitesse, sur terre comme sur l'eau; ou
 - v) De la boxe; ou
 - vi) De sauts à l'élastique; ou
 - vii) De paralpinisme ou sauts extrêmes; ou
 - viii) De sauts de falaise; ou
 - ix) D'alpinisme.

RESTRICTIONS

- a) Cancer

Un Participant n'a pas droit à la prestation en vertu de la protection Maladies ou Chirurgies couvertes dans le cas d'un Cancer si, dans les 90 Jours qui suivent la date de prise d'effet de sa protection en vertu de la présente garantie, on lui a diagnostiqué un Cancer ou s'il manifeste tout signe ou symptôme ou subit un examen menant à un Diagnostic de Cancer, peu importe la Date du Diagnostic.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

Si le Participant a reçu un Diagnostic de Cancer :

- i) Aucune prestation en vertu de la Maladie ou Chirurgie couverte ne sera payable; et
- ii) Le Cancer sera exclu des Maladies ou Chirurgies couvertes dudit Participant.

b) Tumeur cérébrale bénigne

Un Participant n'a pas droit à la prestation en vertu de la protection Maladies ou Chirurgies couvertes dans le cas d'une Tumeur cérébrale bénigne si, dans les 90 Jours qui suivent la date de prise d'effet de sa protection en vertu de la présente garantie, on lui a diagnostiqué une Tumeur cérébrale bénigne ou s'il manifeste tout signe ou symptôme ou subit un examen menant à un Diagnostic de Tumeur cérébrale bénigne, peu importe la Date du Diagnostic.

Si le Participant a reçu un Diagnostic de Tumeur cérébrale bénigne :

- i) Aucune prestation en vertu de la Maladie ou Chirurgie couverte ne sera payable; et
- ii) Les Tumeurs cérébrales bénignes ainsi que toutes les autres Maladies ou Chirurgies couvertes comprises dans la Catégorie 3 seront exclues des Maladies ou Chirurgies couvertes dudit Participant.

c) Cancer à un stade précoce

Un Participant n'a pas droit à la prestation en vertu de la protection Maladies ou Chirurgies couvertes dans le cas d'un Cancer à un stade précoce si, dans les 90 Jours qui suivent la date de prise d'effet de sa protection en vertu de la présente garantie, on lui a diagnostiqué un Cancer à un stade précoce ou s'il manifeste tout signe ou symptôme ou subit un examen menant à un Diagnostic de Cancer à un stade précoce, peu importe la Date du Diagnostic.

Si le Participant a reçu un Diagnostic de Cancer à un stade précoce, aucune prestation en vertu de la Maladie ou Chirurgie couverte ne sera payable. Nonobstant ce qui précède, la présente garantie est maintenue en vigueur, pourvu que les primes continuent d'être payées et que les

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

dispositions de la présente garantie et du régime collectif soient respectées. Cependant, le Cancer à un stade précoce sera exclu des Maladies et Chirurgies couvertes dudit Participant.

RÉDUCTIONS

Le capital assuré est réduit tel que spécifié au Tableau sommaire. Le capital assuré est également assujéti à toutes les réductions applicables indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales du régime collectif.

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 du régime collectif.

EFFET DE LA CESSATION D'ASSURANCE SUR LES RÉGLEMENTS

La résiliation de la présente garantie, ou de l'assurance du Participant ne compromettra aucune demande de règlement se rapportant à une Maladie ou Chirurgie couverte, à condition que :

- a) La Date de Diagnostic survient avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du Participant, selon le premier des deux événements.
- b) L'existence de la Maladie ou Chirurgie couverte soit rapportée à l'assureur dans les 30 Jours suivant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du Participant, selon le premier des deux événements.
- c) Dans le cas d'une Méningite bactérienne, la période documentée de 90 Jours de déficit neurologique soit commencée, mais pas nécessairement écoulee, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du Participant, selon le premier des deux événements.
- d) Dans le cas d'un Coma, la période continue d'au moins 96 heures d'inconscience soit commencée, mais pas nécessairement écoulee, avant

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du Participant, selon le premier des deux évènements.

- e) Dans le cas d'une Perte d'autonomie, la période continue de 90 Jours d'incapacité soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du Participant, selon le premier des deux évènements.
- f) Dans le cas d'une Perte de la parole, la période de 180 Jours de perte totale et Irréversible soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du Participant, selon le premier des deux évènements.
- g) Dans le cas d'une Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe, la date à laquelle le Participant est inscrit comme receveur dans un programme de transplantation reconnu soit antérieure à la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du Participant, selon le premier des deux évènements.
- h) Dans le cas d'une Sclérose en plaques, la période de 6 mois durant laquelle les épisodes d'anomalies neurologiques bien définies doivent persister soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du Participant, selon le premier des deux évènements.
- i) Dans le cas d'une Infection à VIH contractée au travail, la période de 14 Jours durant laquelle doit être effectuée une sérologie du VIH soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du Participant, selon le premier des deux évènements.
- j) Dans le cas d'une Paralysie, la période de 90 Jours de perte totale et permanente des fonctions musculaires soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du Participant, selon le premier des deux évènements.
- k) Dans le cas d'un Accident vasculaire cérébral, la période de 30 Jours de Paralysie ou autre déficit neurologique objectif soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

ou de cessation de l'assurance du Participant, selon le premier des deux événements.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU CONJOINT

Un Participant peut obtenir, pour son Conjoint, un montant d'assurance maladie grave facultative à la condition d'en faire la demande écrite à l'assureur et de fournir les preuves d'assurabilité jugées nécessaires par l'assureur et que l'assureur donne Acceptation des preuves d'assurabilité.

Le capital assuré du Conjoint correspondra au montant d'assurance demandé tel qu'indiqué au Tableau sommaire.

Si le Conjoint souffre d'une des Maladies ou subit l'une des Chirurgies décrites à l'article Maladies et chirurgies couvertes de la garantie Assurance maladie grave facultative du Participant, l'assureur s'engage à verser le capital assuré, sous réserve des modalités et des conditions énoncées dans la présente garantie et dans le régime collectif.

La prestation est versée au Participant.

DISPOSITIONS SUPPLÉMENTAIRES

Toute autre disposition de la garantie Assurance maladie grave facultative du Participant qui n'est pas incompatible avec les dispositions de la présente garantie en fait partie intégrante.

RÉDUCTIONS

Le capital assuré est réduit tel que spécifié au Tableau sommaire. Le capital assuré est également assujéti à toutes les réductions applicables indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales du régime collectif.

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 du régime collectif.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS

Un Participant peut obtenir, pour ses Enfants, un montant d'assurance maladie grave facultative à la condition d'en faire la demande écrite à l'assureur et de fournir les preuves d'assurabilité jugées nécessaires par l'assureur, comme indiqué au Tableau sommaire.

Le capital assuré pour les Enfants correspondra au montant d'assurance demandé tel qu'indiqué au Tableau sommaire.

Si un Enfant souffre d'une des Maladies ou subit l'une des Chirurgies décrites à l'article Maladies et Chirurgies couvertes de la présente garantie, l'assureur s'engage à verser le capital assuré, sous réserve des modalités et des conditions énoncées dans la présente garantie et dans le régime collectif.

La prestation est versée au Participant.

CONDITIONS

En cas de Maladie ou de Chirurgie couverte, le versement de la prestation s'effectue :

Si la Maladie a été diagnostiquée ou la Chirurgie a eu lieu alors que l'Enfant était couvert en vertu de la présente garantie; et

- a) Si la Date du Diagnostic de la Maladie ou de la Chirurgie couverte est ultérieure à :
 - i) La date de prise d'effet de la protection de l'Enfant en vertu de la présente garantie; ou
 - ii) La date de la dernière remise en vigueur de la protection de l'Enfant; et
- b) Si l'Enfant a survécu au moins 30 Jours après la Date du Diagnostic de la Maladie ou la date à laquelle la Chirurgie a eu lieu, sauf indication contraire énoncée dans la présente garantie.

En cas de récurrence de Cancer ou de métastases, aucune prestation ne sera payable pour toute récurrence de Cancer ou de métastases si le Cancer en question a été initialement diagnostiqué avant la date de prise d'effet de la protection de l'Enfant en vertu de la présente garantie, sans égard à la date de récurrence de Cancer ou de métastases.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

En plus de ce qui est cité précédemment, si un Enfant naturel du Participant né à la date de prise d'effet du régime collectif ou après :

- a) Est diagnostiqué par un Spécialiste, alors qu'il est encore dans le ventre de sa mère, comme étant atteint d'une Maladie ou Chirurgie couverte, à l'exception d'un Cancer et d'une Tumeur cérébrale bénigne et que ledit Enfant survit pendant 30 Jours après la date de prise d'effet de la présente garantie pour cet Enfant, l'assureur versera la prestation au Participant; ou
- b) Est diagnostiqué par un Spécialiste, alors qu'il est encore dans le ventre de sa mère, comme étant atteint d'un Cancer ou d'une Tumeur cérébrale bénigne, les dispositions décrites aux paragraphes a) et b) de la clause Restrictions de la présente garantie s'appliqueront.

La protection d'un Enfant en vertu de la présente garantie prend fin dès que le Participant reçoit le paiement de la prestation payable pour son Enfant, pour une Maladie ou une Chirurgie couverte.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Chirurgie signifie une intervention chirurgicale Médicalement requise effectuée sur l'avis écrit d'un Spécialiste. La Chirurgie doit être effectuée par un Médecin au Canada ou aux États-Unis.

Date du Diagnostic signifie la date à laquelle un Spécialiste pose, à l'égard de l'Enfant, un Diagnostic de Maladies ou Chirurgies couvertes.

Diagnostic signifie le Diagnostic certifié par un Spécialiste, posé à l'Enfant souffrant d'une Maladie ou Chirurgie couverte.

Irréversible signifie un état de santé qui ne peut être amélioré par un traitement médical ou chirurgical au moment du Diagnostic. Nonobstant ce qui précède, un état de santé est considéré comme Irréversible si, d'après l'avis du Médecin de l'Enfant, le traitement médical ou chirurgical pour améliorer l'état de santé présenterait un risque pour la santé de l'Enfant qui l'emporte sur les avantages escomptés d'un tel traitement.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

Maintien des fonctions vitales signifie que l'Enfant est sous les soins réguliers d'un Médecin autorisé pour le soutien nutritionnel, le soutien des voies respiratoires et/ou cardiovasculaires lorsque la cessation Irréversible de toutes les fonctions du cerveau a eu lieu.

Période de survie signifie une période de 30 Jours consécutifs qui suit immédiatement la Date du Diagnostic d'une Maladie ou de la date d'une Chirurgie couverte, selon le cas, à moins qu'une période plus longue soit spécifiée dans la définition de la Maladie ou Chirurgie couverte applicable. Dans le cas d'un Diagnostic de Greffe d'un organe vital, la Période de survie signifie une période de 30 Jours consécutifs qui suit immédiatement la procédure de transplantation d'un cœur, d'un poumon, du foie, d'un rein ou de moelle osseuse à l'Enfant. La Période de survie ne comprend pas le nombre de Jours de Maintien des fonctions vitales. L'Enfant doit être en vie à la fin de la Période de survie et ne doit pas avoir subi de cessation Irréversible de toutes les fonctions du cerveau. Pour les Maladies ou Chirurgies couvertes qui ont une période de référence, par exemple une période de 90 Jours pour les Méningites bactériennes et la Paralysie, la Période de survie court concurrentement avec la période de référence de cette Maladie ou Chirurgie couverte.

Spécialiste signifie un Médecin autorisé à pratiquer la médecine :

- a) Qui a reçu la formation propre au domaine de spécialisation médicale pertinent à la Maladie ou Chirurgie couverte faisant l'objet d'une demande de règlement; et
- b) Dont les compétences ont été certifiées par une commission d'examen appropriée; et
- c) Qui exerce sa profession dans son domaine de spécialisation au Canada ou aux États-Unis.

Spécialiste comprend, sans s'y limiter, tout cardiologue, neurologue, néphrologue, oncologue, ophtalmologiste, spécialiste des brûlures et interniste. Le Spécialiste ne peut être ni le Participant, ni un parent ou un associé de celui-ci.

En l'absence ou en cas de non-disponibilité d'un Spécialiste, et sous réserve de l'approbation de l'assureur, une Maladie ou Chirurgie couverte peut être diagnostiquée par tout Médecin autorisé à pratiquer la médecine au Canada ou aux États-Unis.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

MALADIES ET CHIRURGIES COUVERTES

Accident vasculaire cérébral

Accident vasculaire cérébral (avec déficits neurologiques persistants) s'entend d'un Diagnostic formel d'un Accident vasculaire cérébral (AVC) aigu causé par une thrombose intracrânienne, une hémorragie, ou une embolie, avec :

- a) Apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et
- b) Nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique,

persistant pendant plus de 30 Jours après la Date du Diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostique montrant des changements qui, par leurs caractéristiques, leur localisation et le moment où ils sont survenus, correspondent aux nouveaux déficits neurologiques.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic d'Accident vasculaire cérébral est posé par un Spécialiste.

Aux fins de la présente garantie, les déficits neurologiques doivent être détectables par un Spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la Paralyse, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans les cas suivants :

- a) Accident ischémique transitoire; ou
- b) Accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme; ou
- c) Troubles ischémiques du système vestibulaire; ou

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

- d) Mort tissulaire du nerf optique ou de la rétine sans perte totale de la vue de l'œil en cause; ou
- e) Infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition du terme Accident vasculaire cérébral ci-dessus.

Anémie aplastique

Anémie aplastique s'entend d'un Diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopenie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants :

- a) Stimulation de la moelle osseuse; ou
- b) Immunosuppresseurs; ou
- c) Greffe de moelle osseuse.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic d'Anémie aplastique est posé par un Spécialiste.

Brûlures graves

Brûlures graves s'entend d'un Diagnostic formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Brûlures graves est posé par un Spécialiste.

Cancer

Cancer s'entend d'un Diagnostic formel d'une tumeur maligne, qui doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains. Les types de Cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Cancer a été posé par un Spécialiste, et confirmé par un rapport pathologique.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

Aux fins de la présente garantie :

- a) Le terme **Cancer de la prostate au stade T1a ou T1b** s'entend d'une tumeur non apparente cliniquement ni palpable par toucher rectal, et qui a été décelée de façon fortuite dans un prélèvement de tissu prostatique.
- b) Le terme **Tumeurs stromales gastro-intestinales [TSGI] au stade 1 selon la classification de l'AJCC** s'entend :
 - i) De TSGI gastriques et/ou de l'épiploon, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 10 cm, et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm², ou 50 par CFG; ou
 - ii) De TSGI de l'intestin grêle, de l'œsophage, du côlon et du rectum, du mésentère et du péritoine, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 5 cm, et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm², ou 50 par CFG.
- c) Les termes «Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 1 selon la classification de l'AJCC» s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du Cancer (8e édition, 2018) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).
- d) Le terme «stade 0 selon la classification de Rai» s'applique comme l'indique la publication Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46:219, 1975).

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie si, dans les 90 Jours suivant la date de prise d'effet de la protection de l'Enfant en vertu de la présente garantie ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection de l'Enfant, si cette date est ultérieure, l'Enfant :

- a) A présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené directement ou indirectement à l'établissement d'un Diagnostic de Cancer (couvert ou non au titre de la présente garantie), peu importe la Date du Diagnostic; ou
- b) A reçu un Diagnostic de Cancer (couvert ou non au titre de la présente garantie).

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

Les renseignements médicaux concernant le Diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du Diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les 6 mois suivant la Date du Diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur un Cancer, ou sur toute Maladie grave causée par un Cancer ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans les cas suivants :

- a) Lésions qualifiées de bénignes, non invasives, de précancéreuses, à potentiel malin faible et/ou incertain, de limites («borderline»), carcinome in situ, ou tumeurs au stade Tis ou Ta;
- b) Mélanome malin de la peau d'une épaisseur inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- c) Tout Cancer de la peau, autre que le mélanome, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance. Cela inclut, sans s'y limiter, le lymphome cutané à cellules T, le carcinome basocellulaire, le carcinome spinocellulaire ou le carcinome à cellules de Merkel;
- d) Cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- e) Cancer de la thyroïde papillaire ou Cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- f) Leucémie lymphoïde chronique au stade 0 selon la classification de Rai, sans atteinte des ganglions lymphatiques, de la rate ou du foie, et en présence d'un nombre normal de globules rouges et de plaquettes;
- g) Tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC;
- h) Tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de grade 1 limitées à l'organe atteint, traitées par Chirurgie uniquement et ne nécessitant aucun traitement additionnel, à part la prise de médicaments pour neutraliser les effets d'une hypersécrétion d'hormones par la tumeur; ou

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

- i) Thymome (stade 1) limité au thymus, en l'absence d'indices d'invasion de la capsule ou de propagation au-delà du thymus.

Cécité

Cécité s'entend d'un Diagnostic formel de la perte totale et Irréversible de la vue des deux yeux, attestée par :

- a) Une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux, ou
b) Un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Cécité est posé par un Spécialiste.

Chirurgie de l'Aorte

Chirurgie de l'Aorte s'entend d'une intervention chirurgicale visant à traiter une Maladie de l'Aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'Aorte atteinte au moyen d'une greffe. Le terme **Aorte** s'entend de l'Aorte thoracique et de l'Aorte abdominale, mais non des branches de l'Aorte.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si l'intervention chirurgicale est jugée Médicalement requise par un Spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Coma

Coma s'entend d'un Diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de Coma de Glasgow doit indiquer 4 ou moins pendant cette période.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Coma est posé par un Spécialiste.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans les cas suivants :

- a) Le Coma a été médicalement provoqué; ou
- b) Le Coma résulte directement de la consommation d'alcool ou de drogues; ou
- c) Un Diagnostic de mort cérébrale a été posé.

Crise cardiaque

Crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) s'entend d'un Diagnostic formel de la mort d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'apport sanguin, qui entraîne l'augmentation et la chute des biomarqueurs cardiaques au point que leur niveau confirme le Diagnostic d'un infarctus aigu du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes :

- a) Symptômes de Crise cardiaque;
- b) Changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une Crise cardiaque;
- c) Apparition de nouvelles ondes Q pathologique sur l'ECG à la suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, y compris, sans toutefois s'y limiter, une coronarographie et une Angioplastie coronarienne.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) est posé par un Spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans les cas suivants :

- a) Changements à l'ECG qui témoignent d'un infarctus du myocarde survenu antérieurement; ou
- b) Autre syndromes coronariens aigus, tels que l'angine de poitrine et l'angine instable; ou

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

- c) Augmentation des biomarqueurs cardiaques et/ou symptômes résultant d'actes médicaux ou de diagnostics autres que celui de Crise cardiaque.

Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe

Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe s'entend d'un Diagnostic formel d'une insuffisance Irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe du point de vue médical. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition du terme Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe, l'Enfant doit être inscrit à titre de receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme de greffe requise. Pour les besoins de la Période de survie, la Date du Diagnostic est la date de l'inscription de l'Enfant dans un centre de transplantation.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de défaillance d'un organe vital est posé par un Spécialiste.

Démence, y compris maladie d'Alzheimer

Démence, y compris maladie d'Alzheimer s'entend d'un Diagnostic formel de Démence, soit la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- a) Aphasie (un trouble de la parole);
- b) Apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
- c) Agnosie (difficulté à reconnaître des objets);
- d) Perturbation des fonctions exécutives (p. ex., incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne.

L'Enfant doit présenter :

- a) Une Démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

- b) Des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes obtenues soit par une batterie de tests cognitifs soit par l'historique de la Maladie sur une période d'au moins 6 mois.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Démence, y compris maladie d'Alzheimer est posé par un Spécialiste.

Aux fins de la présente garantie, la référence pour le mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) est Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatr Res. 1975; 12(3) : 189

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie pour des troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.

Diabète sucré de type 1

Diabète sucré de type 1 s'entend d'un Diagnostic du diabète sucré de type 1, caractérisé par une déficience absolue de sécrétion d'insuline et une dépendance continue à l'insuline exogène pour la survie.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic est posé par un pédiatre qualifié ou un endocrinologue licencié pratiquant au Canada ou aux États-Unis. De plus, la preuve doit être faite qu'il y a dépendance à l'insuline depuis une période minimale de 3 mois.

Dystrophie musculaire

Dystrophie musculaire s'entend d'un Diagnostic formel de Dystrophie musculaire, caractérisé par des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par une électromyographie et une biopsie musculaire.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Dystrophie musculaire est posé par un Spécialiste.

Fibrose kystique

Fibrose kystique s'entend d'un Diagnostic formel de Fibrose kystique, mis en évidence par une Maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Fibrose kystique est posé par un Spécialiste.

Greffe d'un organe vital

Greffe d'un organe vital s'entend, à la suite d'un Diagnostic formel, d'une intervention chirurgicale rendue Médicalement requise en raison d'une insuffisance Irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. Pour avoir droit à la prestation en vertu de la présente Maladie ou Chirurgie couverte, l'Enfant doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de défaillance d'un organe vital est posé par un Spécialiste.

Infection au VIH dans le cadre de l'occupation

Infection au VIH dans le cadre de l'occupation s'entend d'un Diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé l'Enfant à des liquides organiques contaminés par le VIH pendant qu'il exerçait sa profession habituelle.

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir eue lieu après la date de prise d'effet de la protection de l'Enfant ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection de l'Enfant, si cette date est ultérieure.

La prestation exigible au titre de la présente Maladie ou Chirurgie couverte ne sera versée que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

- a) La blessure accidentelle doit être signalée à l'assureur dans les 14 Jours suivant cette blessure; et
- b) Une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 Jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif; et
- c) Une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 Jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif; et
- d) Tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis; et

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

- e) La blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux lignes directrices en vigueur au Canada ou aux États- Unis pour le milieu de travail.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic d'Infection au VIH dans le cadre de l'occupation est posé par un Spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans les cas suivants :

- a) L'Enfant a décidé de ne se faire administrer aucun des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH; ou
- b) Un traitement approuvé contre l'infection au VIH était disponible avant la blessure accidentelle; ou
- c) L'infection au VIH résulte d'une blessure non accidentelle, y compris, sans toutefois s'y limiter, par transmission sexuelle ou par usage de drogues injectables.

Insuffisance rénale

Insuffisance rénale s'entend d'un Diagnostic formel d'une insuffisance chronique et Irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic d'Insuffisance rénale est posé par un Spécialiste.

Maladie congénitale du cœur

Maladie congénitale du cœur s'entend d'un Diagnostic d'une des affections du cœur suivantes après une Période de survie de 30 Jours suivant le Diagnostic ou la naissance, selon le dernier des deux évènements :

- a) Atrésie d'une valve cardiaque;
- b) Coarctation de l'Aorte;
- c) Hypoplasie ventricule droit;

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

- d) Hypoplasie coeur gauche;
- e) Maladie d'Ebstein;
- f) Retour veineux anormal;
- g) Syndrome d'Eisenmenger;
- h) Transposition des gros vaisseaux
- i) Tétralogie de Fallot;
- j) Tronc artériel commun;
- k) Ventricule à double voie d'entrée;
- l) Ventricule gauche à double issue;
- m) Ventricule unique.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Maladie congénitale du cœur est posé par un cardiologue pédiatrique qualifié et corroboré par l'imagerie cardiaque appropriée.

Maladie congénitale du cœur s'entend également d'une Chirurgie à cœur ouvert effectuée pour corriger l'une des conditions suivantes après une Période de survie de 30 Jours suivant la Chirurgie :

- a) Communication interventriculaire;
- b) Communication interauriculaire;
- c) Discret rétrécissement aortique sous-orificiel;
- d) Sténose aortique;
- e) Sténose pulmonaire.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si la Chirurgie est recommandée par un cardiologue pédiatrique qualifié et effectuée par un chirurgien cardiaque au Canada ou aux États-Unis.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie pour les techniques telles que la valvuloplastie et la fermeture de communication

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

interauriculaire percutanée ou toute autre affection cardiaque congénitale non spécifiée dans la présente garantie.

Maladie de Parkinson et Syndromes parkinsoniens atypiques

Maladie de Parkinson et Syndromes parkinsoniens atypiques s'entend d'un Diagnostic formel de a) Maladie de Parkinson ou de b) Syndrome parkinsonien atypique tels que définis ci-dessous :

- a) Maladie de Parkinson s'entend d'un Diagnostic formel de Maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants : rigidité musculaire ou tremblement de repos. L'Enfant doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an, et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la Maladie de Parkinson.
- b) Syndrome parkinsonien atypique s'entend du Diagnostic formel de Paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Maladie de Parkinson ou de Syndrome parkinsonien atypique est posé par un Spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie si, dans la première année suivant la date de prise d'effet de la protection de l'Enfant en vertu de la présente garantie ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection de l'Enfant, si cette date est ultérieure, l'Enfant :

- a) A présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené directement ou indirectement à l'établissement d'un Diagnostic de Maladie de Parkinson, de Syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, peu importe la Date du Diagnostic; ou
- b) A reçu un Diagnostic de Maladie de Parkinson, de Syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

Les renseignements médicaux concernant le Diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du Diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les 6 mois suivant la Date du Diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur la Maladie de Parkinson ou un Syndrome parkinsonien atypique, ou sur toute Maladie grave causée par la Maladie de Parkinson ou un Syndrome parkinsonien atypique ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente Maladie ou Chirurgie couverte pour tout autre type de parkinsonisme.

Maladie du motoneurone

Maladie du motoneurone s'entend d'un Diagnostic formel de l'un des troubles suivants exclusivement : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, atrophie musculaire progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudo-bulbaire.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Maladie du motoneurone est posé par un Spécialiste.

Méningite bactérienne

Méningite bactérienne s'entend d'un Diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant la présence de bactéries pathogènes. La présence desdites bactéries doit être confirmée par une culture ou au moyen d'un autre test microbiologique médicalement accepté. La Méningite bactérienne doit provoquer des déficits neurologiques objectifs qui persistent pendant au moins 90 Jours suivant la Date du Diagnostic.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Méningite bactérienne est posé par un Spécialiste.

Aux fins de la présente garantie, les déficits neurologiques doivent être détectables par un Spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la Paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

(difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans le cas d'une méningite virale.

Paralysie

Paralysie s'entend d'un Diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres par suite d'une blessure ou d'une Maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 Jours suivant l'évènement déclencheur.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Paralysie est posé par un Spécialiste.

Paralysie cérébrale

Paralysie cérébrale s'entend d'un Diagnostic formel de Paralysie cérébrale, révélé par des troubles neurologiques non évolutifs caractérisés par des spasmes et une incoordination des mouvements.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Paralysie cérébrale est posé par un Spécialiste.

Perte d'autonomie

Perte d'autonomie s'entend d'un Diagnostic formel d'une incapacité totale, découlant d'une Maladie ou d'une blessure corporelle, d'effectuer par soi-même, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels, au moins 3 des 6 Activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous sur une période continue d'au moins 90 Jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Perte d'autonomie est posé par un Médecin et confirmé par une évaluation indépendante des besoins de soins à domicile effectuée par un ergothérapeute ou un Spécialiste exerçant une profession équivalente.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

Les Activités de la vie quotidienne sont :

- a) **Se laver** : la capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette;
- b) **Se vêtir** : la capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux;
- c) **Se servir des toilettes** : la capacité de s'asseoir sur les toilettes et s'en lever, et d'assurer son hygiène personnelle;
- d) **Être continent** : la capacité de gérer ses fonctions urinaires et intestinales avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à assurer son hygiène personnelle;
- e) **Se mouvoir** : la capacité de se lever du lit, de se coucher, de s'asseoir et de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant;
- f) **Se nourrir** : la capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies.

Aucune période de survie additionnelle ne s'applique si l'Enfant satisfait aux conditions décrites ci-dessus.

Perte de l'usage de la parole

Perte de l'usage de la parole s'entend d'un Diagnostic formel de la perte totale et Irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une Maladie pendant une période d'au moins 180 Jours.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Perte de l'usage de la parole est posé par un Spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie pour toute cause psychiatrique.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

Perte de membres

Perte de membres s'entend d'un Diagnostic formel de la séparation complète de deux membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville, ou plus haut, par suite d'un Accident ou d'une amputation Médicalement requise.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Perte de membres est posé par un Spécialiste.

Pontage aortocoronarien

Pontage aortocoronarien s'entend d'une intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'une ou de plusieurs greffes.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si l'intervention chirurgicale est jugée Médicalement requise par un Spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de cette garantie en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque s'entend d'une intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si l'intervention chirurgicale est jugée Médicalement requise par un Spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

Sclérose en plaques

Sclérose en plaques s'entend d'un Diagnostic formel, suivant la date de prise d'effet de la protection de l'Enfant en vertu de la présente garantie ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection de l'Enfant, si cette date est ultérieure, d'au moins une des manifestations suivantes :

- a) Au moins 2 poussées cliniques distinctes, confirmées par au moins un test d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation; ou
- b) Une seule poussée s'accompagnant de déficits neurologiques objectifs persistant pendant plus de 6 mois, confirmée par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation; ou
- c) Une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux qui démontrent le développement de nouvelles plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Sclérose en plaques est posé par un Spécialiste.

Aux fins de la présente garantie, les déficits neurologiques doivent être détectables par un Spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la Paralyse, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie si, dans l'année suivant la date de prise d'effet de la protection de l'Enfant en vertu de la présente garantie ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection de l'Enfant, si cette date est ultérieure, l'Enfant :

- a) A présenté des signes ou des symptômes ou a subi des examens qui ont mené directement ou indirectement à un Diagnostic de Sclérose en

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

plaques (couverte ou non en vertu de la présente garantie), sans égard à la Date du Diagnostic; ou

- b) A reçu un Diagnostic de Sclérose en plaques (couverte ou non en vertu de la présente garantie).

Les renseignements médicaux concernant le Diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du Diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les 6 mois suivant la Date du Diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans ce délai, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur la Sclérose en plaques, ou sur toute Maladie grave causée par la Sclérose en plaques ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- a) Sclérose solitaire; ou
- b) Syndrome clinique isolé; ou
- c) Syndrome radiologique isolé; ou
- d) Neuromyéélite optique; ou
- e) Sclérose en plaques soupçonnée ou probable.

Surdité

Surdité s'entend d'un Diagnostic formel de la perte totale et Irrversible de l'ou ie des deux oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Surdité est posé par un Spécialiste.

Syndrome de Down

Syndrome de Down s'entend du Diagnostic formel du Syndrome de Down corroboré par une preuve chromosomique de la trisomie 21.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Syndrome de Down est posé par un Spécialiste.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

Tumeur cérébrale bénigne

Tumeur cérébrale bénigne s'entend d'un Diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou une radiothérapie, ou provoquer des déficits neurologiques objectifs et Irréversibles.

Ces déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostiques montrant des changements qui, par leurs caractéristiques, leur localisation et le moment où ils sont survenus, correspondent aux déficits neurologiques.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Tumeur cérébrale bénigne est posé par un Spécialiste.

Aux fins de la présente garantie, les déficits neurologiques doivent être détectables par un Spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la Paralyse, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie si, dans les 90 Jours suivant la date de prise d'effet de la protection de l'Enfant en vertu de la présente garantie ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection d'un Enfant, si cette date est ultérieure, l'Enfant :

- a) A présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un Diagnostic de Tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu de la présente garantie), peu importe la date d'établissement du Diagnostic; ou
- b) A reçu un Diagnostic de Tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu de la présente garantie).

Les renseignements médicaux concernant le Diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du Diagnostic

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

doivent être communiqués à l'assureur dans les 6 mois suivant la Date du Diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur une Tumeur cérébrale bénigne, ou sur toute Maladie grave causée par une Tumeur cérébrale bénigne ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie pour des adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm, des malformations vasculaires, des cholestéatomes ou des tumeurs infectieuses ou inflammatoires.

EXCLUSION RELATIVE À L'ÉTAT DE SANTÉ ANTÉRIEUR

Comme il est stipulé dans la présente disposition, **État de santé antérieur** signifie une Maladie ou une Chirurgie couverte :

- a) Qui a été contractée par l'Enfant ou dont il a souffert; ou
- b) Dont les signes et symptômes ont amené l'Enfant à subir un traitement donné par un Médecin; ou
- c) Dont les signes et symptômes ont été analysés ou examinés par un Médecin; ou
- d) Pour laquelle l'Enfant a pris des médicaments, tels que prescrits par un Médecin,

au cours de la période de 24 mois précédant la date à laquelle l'Enfant était couvert par la présente garantie.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour une Maladie ou une Chirurgie couverte qui :

- a) Découle directement ou indirectement d'un État de santé antérieur ou est liée ou est attribuable, d'une quelconque façon ou à un quelconque degré, à un État de santé antérieur; et
- b) A débuté au cours des 24 premiers mois suivant la prise d'effet de la protection de l'Enfant en vertu de la présente garantie.

Nonobstant ce qui précède, s'il s'agit d'un Enfant dont l'assurance a été remise en vigueur en vertu de la présente garantie, tel que décrit à la disposition Remise en vigueur de l'assurance, si la protection d'assurance offerte audit Enfant n'a

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

pas été en vigueur suffisamment longtemps pour épuiser la période d'État de santé antérieur de 24 mois à la date de résiliation de l'assurance, la période d'État de santé antérieure de l'Enfant va se poursuivre à compter de la date de remise en vigueur.

Cette exclusion ne s'applique pas à un Enfant né à la date de prise d'effet de la présente garantie ou après.

Exception à l'exclusion relative à l'État de santé antérieur

Cependant, si l'assurance de l'Enfant en vertu de la présente garantie remplace la garantie d'assurance maladie grave d'une police d'assurance collective antérieure, la clause d'exclusion relative à l'État de santé antérieur pour une Maladie ou une Chirurgie, qui était couverte par la garantie d'assurance maladie grave de la police d'assurance collective antérieure, ne s'appliquera pas et une prestation sera payable pour cette Maladie ou Chirurgie, pourvu que :

- a) L'Enfant était assuré par la garantie d'assurance maladie grave de la police d'assurance collective antérieure immédiatement avant la date de la cessation de cette assurance; et
- b) L'Enfant est devenu assuré en vertu de la présente garantie immédiatement après la date de la cessation de la garantie d'assurance maladie grave de la police d'assurance collective antérieure; et
- c) L'Enfant répondait aux exigences de la période d'exclusion relative à l'État de santé antérieur de la garantie d'assurance maladie grave de la police d'assurance collective antérieure ou il répond aux exigences de la période d'exclusion relative à l'État de santé antérieur de la présente garantie, en prenant en considération la période continue couverte par la présente garantie et la garantie d'assurance de la police d'assurance collective antérieure.

La prestation payable à un Participant pour un Enfant dont la clause d'exclusion relative à l'État de santé antérieur ne s'applique pas en vertu du paragraphe précédent, sera déterminée selon la garantie d'assurance maladie grave du régime collectif, mais en aucun cas elle n'excèdera celle qui aurait été payable en vertu de la police d'assurance collective antérieure.

La clause d'exclusion relative à l'État de santé antérieur s'appliquera à toute Maladie ou Chirurgie qui n'était pas couverte en vertu de la garantie d'assurance

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

maladie grave de la police d'assurance collective antérieure d'un Enfant, dont la garantie en vertu du régime collectif remplace la garantie d'assurance maladie grave d'une police d'assurance collective antérieure.

La clause d'exclusion relative à l'État de santé antérieur ne s'appliquera pas à toute couverture pour laquelle des preuves d'assurabilité ont été soumises et approuvées en vertu de la présente garantie.

EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est versée en vertu de la présente garantie si la Maladie ou la Chirurgie résulte directement ou indirectement :

- a) D'un suicide ou d'une tentative de suicide ou de toute blessure que l'Enfant s'inflige, sans égard à son état psychologique, et indépendamment de toute Maladie ou déficience.
- b) D'un acte criminel que l'Enfant a commis ou tenté de commettre, ou de la provocation d'une agression.
- c) De toute agitation civile, insurrection ou guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute.
- d) De la consommation de drogues, de substances toxiques ou de stupéfiants, sauf s'ils sont prescrits et administrés par un Médecin autorisé, ou conformément à ses directives.
- e) De la consommation excessive d'alcool.
- f) De la conduite d'un véhicule motorisé si l'Enfant avait, au moment de l'Accident en cause, un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise par la loi.
- g) D'un vol à bord d'un aéronef, sauf en qualité de passager et non de pilote, d'exploitant ou de membre de l'équipage sur ou à bord de quelque aéronef, à condition i) qu'il s'agisse d'un vol de transporteur aérien régulier à horaire fixe, ii) que l'aéronef soit muni d'un certificat de navigabilité et qu'il soit piloté par une personne qui détient un permis de vol à jour et valide faisant foi de ses compétences et l'autorisant à piloter l'aéronef et iii) que l'aéronef ne soit pas la propriété du Titulaire de la police ou de l'Employeur du Participant et ne soit ni exploité, ni nolisé ou loué par ce Titulaire ou Employeur.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

- h) De la pratique, amateur ou professionnelle :
 - i) D'activités sous-marines, y compris, sans toutefois s'y limiter, la plongée en scaphandre autonome et la plongée en apnée; ou
 - ii) De vols en deltaplaneur; ou
 - iii) De sauts en parachute; ou
 - iv) De courses en véhicule motorisé ou à des concours de vitesse, sur terre comme sur l'eau; ou
 - v) De la boxe; ou
 - vi) De sauts à l'élastique; ou
 - vii) De paralpinisme ou sauts extrêmes; ou
 - viii) De sauts de falaise; ou
 - ix) D'alpinisme.

RESTRICTIONS

- a) Cancer

Un Enfant n'a pas droit à la prestation en vertu de la protection Maladies ou Chirurgies couvertes dans le cas d'un Cancer si, dans les 90 Jours qui suivent la date de prise d'effet de sa protection en vertu de la présente garantie, on lui a diagnostiqué un Cancer ou s'il manifeste tout signe ou symptôme ou subit un examen menant à un Diagnostic de Cancer, peu importe la Date du Diagnostic.

De plus, un Enfant qui est l'Enfant naturel d'un Participant dont la date de naissance coïncide avec ou suit la date de prise d'effet de la présente garantie n'a pas droit à la prestation en vertu de la protection Maladies ou Chirurgies couvertes dans le cas d'un Cancer et l'assurance de l'Enfant en vertu de la présente garantie sera nulle si le Cancer a été diagnostiqué alors qu'il était encore dans le ventre de sa mère.

Dans l'éventualité où l'Enfant est le seul Enfant assuré du Participant, toutes les primes payées en vertu de présente garantie seront remboursées.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

b) Tumeur cérébrale bénigne

Un Enfant n'a pas droit à la prestation en vertu de la protection Maladies ou Chirurgies couvertes dans le cas d'une Tumeur cérébrale bénigne si, dans les 90 Jours qui suivent la date de prise d'effet de sa protection en vertu de la présente garantie, on lui a diagnostiqué une Tumeur cérébrale bénigne ou s'il manifeste tout signe ou symptôme ou subit un examen menant à un Diagnostic de Tumeur cérébrale bénigne, peu importe la Date du Diagnostic.

De plus, un Enfant qui est l'Enfant naturel d'un Participant dont la date de naissance coïncide avec ou suit la date de prise d'effet de la présente garantie n'a pas droit à la prestation en vertu de la protection Maladies ou Chirurgies couvertes dans le cas d'une Tumeur cérébrale bénigne et l'assurance de l'Enfant en vertu de la présente garantie sera nulle si la Tumeur cérébrale bénigne a été diagnostiquée alors qu'il était encore dans le ventre de sa mère.

Dans l'éventualité où ledit Enfant est le seul Enfant assuré du Participant, toutes les primes payées en vertu de la présente garantie seront remboursées.

c) Toutes Maladies ou Chirurgies couvertes à l'exception d'un Cancer et d'une Tumeur cérébrale bénigne

Un Enfant qui est l'Enfant naturel d'un Participant et qui est né dans les 10 mois qui suivent immédiatement la date de prise d'effet de sa protection en vertu de la présente garantie n'a pas droit à la prestation en vertu de la protection Maladies ou Chirurgies couvertes si, dans les 30 Jours qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie, l'Enfant répond à l'une des conditions suivantes :

- i) Un Diagnostic d'une Maladie ou Chirurgie couverte; ou
- ii) Les parents ou le Médecin traitant de l'Enfant s'aperçoivent de quelque signe, symptôme, état ou problème médical que ce soit qui mène à un Diagnostic d'une Maladie ou Chirurgie couverte à n'importe quel moment dans le futur.

Dans l'éventualité où l'Enfant reçoit un Diagnostic d'une Maladie ou Chirurgie couverte autre qu'un Cancer ou une Tumeur cérébrale bénigne, la présente garantie restera en vigueur mais le Diagnostic applicable pour

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

la Maladie ou Chirurgie couverte ne sera plus considéré comme une Maladie ou Chirurgie couverte pour cet Enfant.

RÉDUCTIONS

Le capital assuré est réduit tel que spécifié au Tableau sommaire. Le capital assuré est également assujéti à toutes les réductions applicables indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales du régime collectif.

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 du régime collectif.

EFFET DE LA CESSATION D'ASSURANCE SUR LES RÈGLEMENTS

La résiliation de la présente garantie, ou de l'assurance de l'Enfant ne compromettra aucune demande de règlement se rapportant à une Maladie ou Chirurgie couverte, à condition que :

- a) La Date de Diagnostic survient avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance de l'Enfant, selon le premier des deux événements.
- b) L'existence de la Maladie ou Chirurgie couverte soit rapportée à l'assureur dans les 30 Jours suivant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance de l'Enfant, selon le premier des deux événements.
- c) Dans le cas d'une Méningite bactérienne, la période documentée de 90 Jours de déficit neurologique soit commencée, mais pas nécessairement écoulee, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance de l'Enfant, selon le premier des deux événements.
- d) Dans le cas d'un Coma, la période continue d'au moins 96 heures d'inconscience soit commencée, mais pas nécessairement écoulee, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance de l'Enfant, selon le premier des deux événements.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

- e) Dans le cas d'une Maladie congénitale du cœur, la Période de survie de 30 Jours soit commencée, mais pas nécessairement écoulee, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance de l'Enfant, selon le premier des deux évènements.
- f) Dans le cas d'une Perte d'autonomie, la période continue de 90 Jours d'incapacité soit commencée, mais pas nécessairement écoulee, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance de l'Enfant, selon le premier des deux évènements.
- g) Dans le cas d'une Perte de la parole, la période de 180 Jours de perte totale et Irréversible soit commencée, mais pas nécessairement écoulee, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance de l'Enfant, selon le premier des deux évènements.
- h) Dans le cas d'une Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe, la date à laquelle l'Enfant est inscrit comme receveur dans un programme de transplantation reconnu soit antérieure à la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance de l'Enfant, selon le premier des deux évènements;
- i) Dans le cas d'une Sclérose en plaques, la période de 6 mois durant laquelle les épisodes d'anomalies neurologiques bien définies doivent persister soit commencée, mais pas nécessairement écoulee, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance de l'Enfant, selon le premier des deux évènements.
- j) Dans le cas d'une Infection à VIH contractée au travail, la période de 14 Jours durant laquelle doit être effectuée une sérologie du VIH soit commencée, mais pas nécessairement écoulee, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance de l'Enfant, selon le premier des deux évènements.
- k) Dans le cas d'une Paralyse, la période de 90 Jours de perte totale et permanente des fonctions musculaires soit commencée, mais pas nécessairement écoulee, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance de l'Enfant, selon le premier des deux évènements.
- l) Dans le cas d'un Accident vasculaire cérébral, la période de 30 Jours de Paralyse ou autre déficit neurologique objectif soit commencée, mais pas nécessairement écoulee, avant la date de résiliation de la présente garantie

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DES ENFANTS (suite)

ou de cessation de l'assurance de l'Enfant, selon le premier des deux événements.

- m) Dans le cas d'un Diabète sucré de type 1, la période minimale de 3 mois de dépendance à l'insuline soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou de cessation de l'assurance de l'Enfant, selon le premier des deux événements.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT

Advenant que le Participant subisse une Perte couverte décrite au Tableau des montants d'assurance de la présente garantie, l'assureur s'engage à verser le pourcentage du capital assuré correspondant à la Perte couverte, sous réserve de toutes les modalités et conditions de cette garantie et du régime collectif.

Le capital assuré en vertu de la présente garantie sera versé comme indiqué au Tableau sommaire.

Le paiement sera fait à l'ordre du Participant, sauf dans le cas de la Perte de la vie du Participant, auquel cas le paiement sera fait à l'ordre du bénéficiaire du Participant.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Hémiplégie signifie la paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs d'un côté du corps.

Paraplégie signifie la paralysie totale des membres inférieurs.

Perte signifie :

- a) Relative à une main ou à un pied, la séparation complète au niveau ou au-dessus du poignet ou de l'articulation de la cheville mais au-dessous du coude ou de l'articulation du genou.
- b) Relative à un bras ou à une jambe, la séparation complète au niveau ou au-dessus du coude ou de l'articulation du genou.
- c) Relative à un pouce, la perte complète d'une phalange complète du pouce.
- d) Relative à un doigt, la perte complète de deux phalanges entières du doigt.
- e) Relative à un orteil, la perte complète d'une phalange entière du gros orteil et de toutes les phalanges des autres orteils.
- f) Relative à un œil, la perte irrémédiable et complète de la vue d'un œil.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

- g) Relative à la parole, la perte irrémédiable et complète de la faculté de prononcer des sons intelligibles.
- h) Relative à l'ouïe, la perte irrémédiable et complète de l'ouïe.

Perte de l'usage signifie la perte totale et irrécouvrable de l'usage si la Perte de l'usage est continue pendant une période de 12 mois consécutifs et que ladite Perte de l'usage est réputée être permanente à la fin de la période en question.

Quadriplégie signifie la paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs.

CONDITIONS

Des prestations seront payables pour la Perte couverte dans les cas suivants :

- a) La Perte couverte résulte directement et uniquement d'un Accident, sans égard à toute autre cause; et
- b) La Perte couverte a été subie dans un délai de 365 Jours suivant l'Accident; et
- c) L'Accident qui a occasionné la Perte couverte doit avoir eu lieu alors que le Participant était assuré en vertu de la présente garantie; et
- d) La Perte couverte n'est pas exclue en vertu de la clause Exclusions de la présente garantie.

TABLEAU DES MONTANTS D'ASSURANCE

<u>Pertes couvertes</u>	<u>Pourcentage du capital assuré</u>
• Perte ou Perte de l'usage	
– de la vie; des deux mains; des deux pieds; d'une main et d'un pied; de la vue des deux yeux; d'une main et de la vue d'un œil; d'un pied et de la vue d'un œil; de l'ouïe des deux oreilles et de la parole	100 %
– d'un bras; d'une jambe	80 %

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

<u>Pertes couvertes</u>	<u>Pourcentage du capital assuré</u>
• Perte ou Perte de l'usage	
– d'une main; d'un pied; de la vue d'un œil; de la parole; de l'ouïe des deux oreilles	75 %
– du pouce et de l'index d'une main; de quatre doigts d'une main; de l'ouïe d'une oreille	40 %
– de tous les orteils d'un pied	33 1/3 %
• Quadriplégie, Paraplégie, Hémip légie	200 %

CEINTURE DE SÉCURITÉ

Advenant qu'un Participant, alors qu'il est assuré en vertu de la présente garantie, subisse une Perte couverte pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie et que ladite Perte couverte survienne alors qu'il conduisait un Véhicule à moteur quelconque ou roulait à bord de ce Véhicule à moteur, l'assureur paiera des prestations supplémentaires équivalentes à 10 % de son capital assuré, pourvu que :

- a) Le conducteur du Véhicule à moteur ait conduit prudemment au moment de l'Accident; et
- b) Le Participant ait correctement bouclé sa Ceinture de sécurité au moment de l'Accident. Une preuve, jugée satisfaisante par l'assureur, selon laquelle le Participant portait sa Ceinture de sécurité au moment de l'Accident, doit être soumise à l'assureur au moment de présenter la demande de règlement; et
- c) Le conducteur du Véhicule à moteur ait possédé, au moment de l'Accident, un permis de conduire en règle permettant au conducteur de conduire le genre de Véhicule à moteur utilisé.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

Comme il est stipulé ci-dessus :

- ♦ **Véhicule à moteur** signifie un véhicule à moteur privé pour passagers.
- ♦ **Ceinture de sécurité** signifie un système de retenue dans un Véhicule à moteur privé pour passagers.

DÉPENSES D'ÉDUCATION

La Personne à charge d'un Participant qui a subi, par suite d'un Accident, une Perte de la vie pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie peut faire une demande de prestations par écrit auprès de l'assureur pour couvrir les dépenses engagées pour la poursuite de ses études comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire, à condition que :

- a) Au moment du décès du Participant, la Personne à charge soit inscrite comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire, ou si elle est inscrite au niveau du secondaire au moment du décès du Participant, qu'elle s'inscrive comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire dans les 365 Jours qui suivent le décès du Participant; et
- b) Une preuve, à la satisfaction de l'assureur, selon laquelle la Personne à charge est étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire, soit fournie à l'assureur sur demande.

Des prestations sont payables par l'assureur chaque année, pendant un maximum de 4 années consécutives. La première prestation sera payable à la plus tardive des dates suivantes : la date à laquelle les prestations afférentes à la Perte de la vie par suite d'un Accident à l'égard du Participant sont payables en vertu de la présente garantie ou la date à laquelle l'assureur reçoit une preuve selon laquelle la Personne à charge est inscrite comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire. Les prestations subséquentes sont payables pour chaque année scolaire successive à la date à laquelle l'assureur reçoit la preuve selon laquelle la Personne à charge poursuit ses études à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

Le montant de chaque prestation équivaldra à 5 % du capital assuré, jusqu'à concurrence de 10 000 \$.

Si, au moment de la Perte, aucun des Enfants à charge n'est admissible à la garantie de Dépenses d'éducation, l'assureur versera un supplément de 2 500 \$ au bénéficiaire désigné.

Advenant que le Conjoint reçoive des prestations en vertu des présentes, il n'est pas admissible aux prestations payées en vertu de la garantie Dépenses de formation professionnelle.

DÉPENSES DE FORMATION PROFESSIONNELLE

Le Conjoint d'un Participant qui a subi, par suite d'un Accident, une Perte de la vie pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie peut faire une demande de prestations par écrit auprès de l'assureur, jusqu'à concurrence de 20 000 \$, pour couvrir les dépenses engagées dans le cadre d'un programme de formation professionnelle, à condition que :

- a) Le programme de formation professionnelle permette au Conjoint d'exercer un emploi effectif qu'il n'aurait pu exercer autrement avant d'entreprendre ledit programme; et
- b) Le programme de formation soit approuvé à l'avance par l'assureur; et
- c) Les dépenses afférentes au programme de formation professionnelle soient bel et bien engagées dans les 3 ans qui suivent la date de l'Accident du Participant; et
- d) Les dépenses relatives au programme de formation professionnelle soient réputées être nécessaires et raisonnables par l'assureur. Les frais habituels de subsistance (par exemple, la pension), de déplacement et d'habillement ne sont pas remboursés.

Advenant que le Conjoint reçoive des prestations en vertu des présentes, il n'est pas admissible aux prestations payables par la garantie Dépenses d'éducation.

DÉPENSES DE GARDERIE

Si, par suite d'un Accident, un Participant subit une Perte de la vie pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie, et que l'Enfant à sa charge est inscrit dans une Garderie à la date de son décès ou est inscrit

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

dans une Garderie dans les 365 Jours qui suivent son décès, la personne qui agit à titre de père ou de mère peut faire une demande de prestations par écrit auprès de l'assureur, pour couvrir les dépenses nécessaires et raisonnables engagées par suite de ladite inscription de l'Enfant à charge.

Les prestations seront payables par l'assureur pour chaque année pendant laquelle l'Enfant à charge est inscrit à une Garderie, sans excéder l'année durant laquelle :

- a) L'Enfant à charge atteint l'âge de 12 ans; ou
- b) 4 prestations annuelles ont été payées,

selon la première des éventualités ci-dessus à survenir.

La première prestation sera payable à la plus tardive des dates suivantes : la date à laquelle les prestations par suite de la Perte de la vie du Participant sont payables en vertu de la présente garantie ou la date à laquelle l'assureur reçoit une preuve selon laquelle l'Enfant à charge est inscrit dans une Garderie. Des prestations subséquentes seront payables pour chaque année successive à la date à laquelle l'assureur reçoit une preuve selon laquelle l'Enfant à charge est inscrit dans une Garderie.

Le montant de chaque prestation équivaldra à 5 % du capital assuré, jusqu'à concurrence de 5 000 \$.

Comme il est stipulé ci-dessus :

- ♦ **Garderie** signifie un centre qui a été autorisé par le gouvernement provincial à fournir des services de garde pour enfants.

DÉPENSES DE RAPATRIEMENT

Si un Participant, par suite d'un Accident et alors qu'il est assuré en vertu de la présente garantie, subit une Perte de la vie alors qu'il est à l'extérieur de sa province de résidence, et que des prestations sont payables pour cette Perte en vertu de la présente garantie, l'assureur remboursera les dépenses réelles engagées jusqu'à concurrence de 20 000 \$ pour :

- a) La préparation de la dépouille mortelle du Participant en vue du transport;
et

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

- b) Le transport de la dépouille mortelle du Participant à son premier lieu de repos (y compris un salon funéraire sans toutefois s'y limiter) à proximité de son lieu de résidence habituel.

La personne ayant engagé les dépenses relatives à la préparation et au transport de la dépouille mortelle du Participant est remboursée pourvu que ladite personne fournisse une preuve, à la satisfaction de l'assureur, qu'elle a bel et bien engagé lesdites dépenses.

Si des prestations de Dépenses de rapatriement sont prévues en vertu de toute autre disposition du régime collectif, elles doivent être payées en vertu d'une seule des dispositions.

DÉPENSES DE RÉADAPTATION

Advenant que le Participant subisse une Perte couverte pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie, le Participant peut faire une demande de prestations supplémentaires par écrit auprès de l'assureur, jusqu'à concurrence de 20 000 \$, pour couvrir les dépenses engagées dans le cadre d'un programme de réadaptation, à condition que :

- a) La Perte couverte entraîne l'incapacité du Participant d'accomplir en grande partie toutes les tâches essentielles de son travail; et
- b) La Perte couverte exige que le Participant entreprenne une formation spéciale afin de pouvoir exercer une profession différente qu'il n'aurait pas entrepris n'eût été de cette Perte couverte en question; et
- c) Le programme de réadaptation soit approuvé à l'avance par l'assureur; et
- d) Les dépenses relatives au programme de réadaptation soient bel et bien engagées dans les 3 ans qui suivent la date de l'Accident ayant occasionné la Perte couverte en question; et
- e) Les dépenses afférentes au programme de réadaptation soient réputées être nécessaires et raisonnables par l'assureur. Les frais habituels de subsistance (par exemple, la pension), de déplacement et d'habillement ne sont pas remboursés.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

Si des prestations de Dépenses de réadaptation sont prévues en vertu de toute autre disposition du régime collectif, elles doivent être payées en vertu d'une seule des dispositions.

DÉPENSES DE TRANSFORMATIONS DU DOMICILE ET DU VÉHICULE

Advenant qu'un Participant, alors qu'il est assuré en vertu de la présente garantie, subisse une Perte couverte pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie et qu'en raison de cette Perte couverte le Participant doive utiliser un fauteuil roulant pour se déplacer, le Participant peut faire la demande de prestations supplémentaires par écrit auprès de l'assureur, sous réserve du plus élevé des montants suivants :

- a) 15 000 \$; ou
- b) 10 % du capital assuré, jusqu'à concurrence de 50 000 \$,

pour couvrir les dépenses engagées à l'égard de ce qui suit :

- a) Le coût d'une seule série de transformations de la résidence principale du Participant pour que ladite résidence soit adaptée de manière à être accessible et habitable en fauteuil roulant; et
- b) Le coût d'une seule série de transformations du véhicule à moteur utilisé par le Participant de manière à ce qu'il soit accessible par fauteuil roulant ou que le Participant puisse le conduire lui-même.

Les prestations sont payables pourvu que :

- a) Les dépenses afférentes aux transformations de la résidence du Participant ou de son véhicule à moteur soient jugées raisonnables et nécessaires par l'assureur; et
- b) Les dépenses soient engagées dans les 365 Jours qui suivent l'Accident du Participant ayant entraîné la Perte couverte; et
- c) Les transformations du domicile soient effectuées par une ou par des personnes expérimentées dans ce genre de transformations et soient recommandées, par écrit, par un organisme reconnu qui fournit du soutien aux usagers de fauteuils roulants; et
- d) Les transformations du véhicule à moteur soient effectuées par une ou par des personnes expérimentées dans ce genre de transformations et

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

soient approuvées par les autorités provinciales en matière d'octroi de permis.

DÉPENSES DE TRANSPORT ET HÉBERGEMENT DE LA FAMILLE

Advenant l'Hospitalisation d'un Participant alors qu'il est assuré en vertu de la présente garantie et que cette Hospitalisation résulte d'une Perte couverte pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie, le Participant peut faire la demande de prestations supplémentaires par écrit auprès de l'assureur, jusqu'à concurrence de 20 000 \$, pour couvrir les dépenses réelles relatives à l'hébergement et au transport engagées par les membres de sa Famille immédiate lui rendant visite, à condition que :

- a) Les dépenses d'hébergement et de transport soient occasionnées uniquement par la visite faite au Participant; et
- b) Le transport ait été effectué par le chemin le plus direct à destination de l'Hôpital; et
- c) L'Hôpital soit situé à au moins 150 kilomètres du lieu de résidence habituel du Participant; et
- d) Le Participant soit sous les Soins réguliers d'un Médecin ou d'un chirurgien autorisé, autre que lui-même; et
- e) Le Médecin traitant ou le chirurgien puisse confirmer que la visite effectuée par un membre de la famille soit salutaire au Participant; et
- f) Les dépenses d'hébergement et de transport soient réputées être nécessaires et raisonnables par l'assureur.

Si le transport à l'Hôpital s'effectue dans un véhicule ou un moyen de transport autre qu'un véhicule autorisé à transporter des passagers moyennant paiement, le remboursement des dépenses de transport est limité à un maximum de 0,35 \$ du kilomètre.

Comme il est stipulé ci-dessus :

- ♦ **Soins réguliers** signifie toute observation et tout traitement dans la mesure nécessaire prescrite par les normes existantes de la médecine pour traiter l'état nécessitant l'Hospitalisation.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

- ♦ **Famille immédiate** signifie une personne d'au moins 18 ans, dont la relation avec le Participant en est une de Conjoint, fils, fille, père, mère, frère, sœur, gendre, bru, beau-père, belle-mère, beau-frère ou belle-sœur.

Si des prestations de Dépenses de transport et hébergement de la famille sont prévues en vertu de toute autre disposition du régime collectif, elles doivent être payées en vertu d'une seule des dispositions.

EXPOSITION ET DISPARITION

Si un Participant est inévitablement exposé aux éléments en raison d'un Accident couvert en vertu de la présente garantie, et si par suite d'une telle exposition, le Participant subit une Perte couverte pour laquelle des prestations sont autrement payables dans la présente garantie, la Perte couverte en question sera payable en vertu de la présente garantie.

Si le corps d'un Participant n'est pas retrouvé un an après l'Accident qui a occasionné la disparition ou le naufrage du moyen de transport dans lequel le Participant se déplaçait au moment de l'Accident et qui est survenu dans des circonstances qui seraient autrement couvertes par la présente garantie, le Participant sera réputé avoir subi une Perte de la vie, à moins de preuve du contraire.

FRAIS D'OBSÈQUES

Si un Participant, par suite d'un Accident et alors qu'il est assuré en vertu de la présente garantie, subit une Perte de la vie et que des prestations sont payables pour cette Perte en vertu de la présente garantie, l'assureur remboursera les dépenses réelles engagées, jusqu'à concurrence de 5 000 \$.

HOSPITALISATION

Advenant l'Hospitalisation d'un Participant alors qu'il est assuré en vertu de la présente garantie et que cette Hospitalisation résulte d'une Perte couverte pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie, le Participant peut faire la demande de prestations supplémentaires par écrit auprès de l'assureur pour recevoir une prestation quotidienne de 1/30e de 1 % du capital assuré, jusqu'à concurrence de 2 500 \$ par mois. Toute période d'Hospitalisation exigée pour le traitement d'une blessure, autre que pour une

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

Perte couverte pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie, sera assurée en vertu des dispositions ci-dessus, à condition que l'Hospitalisation soit d'une durée d'au moins 4 Jours.

IDENTIFICATION DE LA DÉPOUILLE

Si un Participant, par suite d'un Accident et alors qu'il est assuré en vertu de la présente garantie, subit une Perte de la vie pour laquelle l'identification de la dépouille est requise et pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie, l'assureur remboursera, jusqu'à concurrence de 20 000 \$, les frais effectivement engagés par un membre de la Famille immédiate pour son hébergement et ses repas ainsi que son transport, à condition que :

- a) Le transport ait été effectué par le chemin le plus direct à destination de l'Hôpital; et
- b) La dépouille soit à au moins 150 kilomètres du lieu de résidence dudit membre de la famille; et
- c) 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 s'effectue dans un véhicule ou un moyen de transport autre qu'un véhicule autorisé à transporter des passagers moyennant paiement, le remboursement des dépenses de transport est limité à un maximum de 0,35 \$ du kilomètre.

Comme il est stipulé ci-dessus :

- ♦ **Famille immédiate** signifie une personne d'au moins 18 ans, dont la relation avec le Participant en est une de Conjoint, fils, fille, père, mère, frère, sœur, gendre, bru, beau-père, belle-mère, beau-frère ou belle-sœur.

LÉSIONS AU CERVEAU

Si un Participant, alors qu'il est assuré en vertu de la présente garantie, subit une Perte couverte pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie, et qu'en raison de ladite Perte, le Participant subit des lésions

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

au cerveau, l'assureur versera le montant du capital assuré, moins tout montant déjà versé ou qui pourrait être versé pour la Perte couverte, pourvu que :

- a) Les lésions au cerveau surviennent dans les 120 Jours suivant l'Accident; et
- b) Le Participant soit Hospitalisé au moins 7 Jours pendant cette période; et
- c) Un Médecin détermine, à la satisfaction de l'assureur, que le Participant montre des signes manifestes de lésions au cerveau pendant une période d'au moins 6 mois consécutifs.

MODIFICATIONS ET AMÉNAGEMENTS SPÉCIAUX APPORTÉS EN MILIEU DE TRAVAIL

Si un Participant, alors qu'il est assuré en vertu de la présente garantie, subit une Perte couverte pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie, et qu'en raison de ladite Perte, le Participant a besoin d'équipement spécial adapté et/ou de modifications afin d'accueillir son retour au travail actif à temps plein, l'assureur paiera les dépenses réelles, jusqu'à concurrence de 5 000 \$, pourvu que :

- a) 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 dudit Participant; et
- b) Le Titulaire de la police reconnaisse par écrit que le rendement dudit Participant dans l'exécution des tâches essentielles de son emploi puisse être affecté.

PRESTATION DE DEUIL

Si un Participant, par suite d'un Accident et alors qu'il est assuré en vertu de la présente garantie, subit une Perte de la vie, et que des prestations sont payables pour ladite Perte en vertu de la présente garantie, l'assureur remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par le Conjoint et les Enfants à charge pour un maximum de 6 rencontres d'aide aux personnes en deuil avec un conseiller professionnel, jusqu'à concurrence de 2 500 \$.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

PSYCHOTHÉRAPIE

Advenant que le Participant subisse, alors qu'il est assuré en vertu de la présente garantie, une Perte couverte pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie et pour laquelle le Participant a par la suite besoin d'une psychothérapie prescrite par un Médecin, le Participant peut faire une demande de prestations supplémentaires par écrit auprès de l'assureur pour couvrir les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés à cet égard, jusqu'à concurrence de 5 000 \$.

RESTRICTIONS

Le montant total payable pour toutes les Pertes couvertes découlant de tout Accident ne doit pas dépasser le montant d'assurance du Participant tel qu'indiqué au Tableau sommaire de la présente garantie, sauf s'il s'agit d'Hémiplégie, de Quadriplégie ou de Paraplégie.

Si un Participant est victime de plus d'une Perte couverte selon le Tableau des montants d'assurance de la présente garantie, par suite d'un Accident quelconque et à l'égard d'un membre quelconque, la prestation sera payée uniquement en fonction de la Perte couverte visée par le montant le plus élevé.

INDEMNITÉ MAXIMALE GLOBALE POUR TOUTES LES PERTES COUVERTES SUBIES AU COURS D'UN MÊME ACCIDENT AÉRIEN

Nonobstant les prestations payables à chaque Participant, l'indemnité maximale globale pour toutes les Pertes couvertes subies par tous les Participants par suite du même Accident aérien ne doit pas dépasser 5 000 000 \$.

Advenant que l'indemnité maximale globale soit insuffisante pour couvrir le montant intégral stipulé pour chaque Participant, le montant des prestations payables à l'égard de chaque Participant sera proportionnel à l'indemnité maximale globale par rapport au montant total des prestations à payer sauf l'indemnité maximale globale.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

EXCLUSIONS

Aucune prestation en vertu de la présente garantie ne sera payable pour les Pertes couvertes qui résultent directement ou indirectement d'une des causes suivantes :

- a) Un suicide ou une tentative de suicide ou toute blessure que le Participant s'inflige, sans égard à son état psychologique, et indépendamment de toute Maladie ou déficience.
- b) Toute surdose d'une substance ou d'une drogue de quelque nature que ce soit, légale ou non, et qui a été prescrite ou non au Participant.
- c) La perpétration ou la tentative de perpétration de toute infraction en vertu de tout code criminel ou législation similaire dans toute juridiction, si le Participant a été inculpé ou déclaré coupable.
- d) Une agitation civile, une insurrection ou une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou une émeute.
- e) Du service dans les forces armées ou auxiliaires de tout pays.
- f) Un vol ou un voyage à bord de tout avion ou aéronef, sauf si le Participant vole à titre de passager et n'est pas membre de l'équipage ou n'exerce pas une fonction quelconque à bord de l'aéronef ou se rapportant au vol, à condition (i) qu'un tel aéronef soit muni d'un certificat de navigabilité, (ii) qu'il soit piloté par une personne qui détient un permis de vol à jour et valide faisant foi de ses compétences de pilote et l'autorisant à piloter l'aéronef, et (iii) qu'il ne soit pas la propriété, qu'il ne soit pas exploité, nolisé ou loué par le Titulaire de la police ou par l'Employeur du Participant.

L'embarquement à bord d'un aéronef ou le débarquement d'un aéronef sont considérés comme faisant partie du vol.
- g) L'utilisation, la garde ou le contrôle de tout véhicule ou bateau par le Participant avec un taux d'alcoolémie excédant la limite permise par la loi, ou sous l'influence de toute drogue, prescrite ou non, ou de toute autre substance intoxicante ou addictive.
- h) L'utilisation, la garde ou le contrôle dangereux par le Participant de tout véhicule ou bateau, si le Participant a été déclaré coupable.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsqu'un Participant est exonéré du paiement de ses primes en vertu de la disposition Exonération des primes de la garantie d'Assurance vie du Participant, il est aussi admissible à l'exonération du paiement des primes relatives à la présente garantie sous réserve des mêmes modalités et conditions.

Toutefois, l'exonération des primes prendra fin à la date de la cessation de cette garantie ou de la résiliation du régime collectif.

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 du régime collectif.

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 du régime collectif.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Si un Participant devient Totalelement invalide alors qu'il est couvert par la présente garantie et qu'il est Effectivement au travail, l'assureur s'engage à verser le montant de la prestation d'invalidité de longue durée prévue au Tableau sommaire, pour chaque mois ou partie de mois durant lequel persiste ladite Invalidité totale, sous réserve de toutes les modalités et conditions de cette garantie et du régime collectif.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Invalidité totale et Totalelement invalide signifie qu'au cours du Délai de carence du Participant et des 24 premiers mois suivant le Délai de carence, le Participant est, en raison d'une Maladie ou d'un Accident, incapable d'exercer de façon continue toutes les tâches essentielles de son Occupation régulière pour son propre Employeur et est également incapable d'exercer de façon continue toutes ces mêmes tâches de son Occupation régulière chez tout autre employeur, le tout tel que déterminé par l'assureur.

Après le Délai de carence et les 24 premiers mois suivant le Délai de carence, **Invalidité totale et Totalelement 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 Programme de réadaptation du régime collectif ou tel qu'expressément approuvé par l'assureur, si un Participant exerce toute occupation, tout emploi, ou toute autre activité générant une compensation ou un profit, il sera réputé ne plus être Totalelement invalide.

Les éléments suivants ne seront pas considérés pour déterminer l'Invalidité totale :

- a) La disponibilité de l'Occupation régulière ou de tout Emploi rémunérateur;
et
- b) La perte, la révocation, le retrait ou le non-renouvellement d'une licence, d'un permis ou de toute autre certification, professionnels ou de travail,

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

requis pour exercer une telle Occupation régulière ou 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, par sa formation, son éducation ou son expérience et qui lui permettrait de gagner au moins 60 % de son Revenu brut mensuel indexé avant l'Invalidité totale.

Occupation régulière signifie l'occupation que le Participant exerçait de façon régulière immédiatement avant la date de l'Invalidité totale.

Délai de carence signifie la période indiquée au Tableau sommaire pendant laquelle le Participant doit être absent du travail de façon continue en raison d'une Invalidité totale, avant que la prestation d'invalidité de longue durée soit payable.

Demande satisfaisante signifie que le Participant a fait une demande et qu'il a pris toutes les démarches nécessaires pour faire appel de tout rejet de cette demande au plus haut niveau d'appel, le tout dans les délais requis pour faire cette demande ou cet appel.

MODALITÉS DE LA PRESTATION

Début des prestations

Le paiement de la prestation d'invalidité de longue durée commence après l'expiration du Délai de carence indiqué au Tableau sommaire.

Montant des prestations

Le montant de la prestation d'invalidité de longue durée payable est déterminé selon la formule établie au Tableau sommaire et n'excèdera pas le montant maximum mensuel indiqué à ce même tableau.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

RÉDUCTIONS DES PAIEMENTS DE LA PRESTATION

Demande satisfaisante

Le Participant est tenu de faire une Demande satisfaisante pour toutes les Réductions directes et toutes les Réductions indirectes auxquelles il a ou pourrait avoir droit selon l'assureur.

Réductions directes

La prestation d'invalidité de longue durée sera réduite des montants suivants payables ou qui seraient payables si une Demande satisfaisante avait été faite pour des :

- a) Prestations d'invalidité payables en vertu du régime de rentes du Québec ou du régime de pensions du Canada, excluant les prestations payables pour un Enfant à charge; et
- b) Prestations d'accident du travail payables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou d'une loi similaire; et
- c) Prestations de remplacement de revenu payables en vertu d'une loi provinciale sur l'assurance automobile; et
- d) Prestations payables en vertu d'une loi provinciale d'indemnisation des victimes d'actes criminels; et
- e) Prestations de retraite payables en vertu du régime de rentes du Québec ou du régime de pensions du Canada, lorsque la date à laquelle les prestations de retraite ont débuté se situe après la date d'Invalidité totale; et
- f) Paiements au Participant tenant lieu de salaire à titre de préavis légal ou de préavis de la common law suite à la cessation de son emploi ou d'un licenciement; et
- g) Prestations d'Invalidité de courte durée ou de congés de maladie payables au Participant par son Employeur, l'assureur ou toute autre tierce partie; et
- h) Dommages reçus d'une tierce partie qui n'ont pas déjà été remboursés à l'assureur conformément à la disposition de Subrogation du régime collectif; et

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

- i) Prestations de revenu, y compris la continuation de Revenu par l'Employeur, toutes les vacances payées ou tous les congés fériés payables au Participant pour la période d'Invalidité totale, sans toutefois s'y limiter.

Les montants payables ou qui seraient payables au Participant si une Demande satisfaisante avait été faite seront estimés conformément à la disposition Réductions provisoires de la présente garantie.

Réductions indirectes

La prestation d'invalidité de longue durée payable par l'assureur sera de nouveau réduite afin que le montant total de tous les revenus, compensations, indemnités et prestations provenant de Toutes sources qui sont payables ou seraient payables au Participant si une Demande satisfaisante avait été faite, n'excède pas :

- a) 85 % du Revenu brut mensuel avant l'invalidité totale du Participant, si la prestation d'Invalidité de longue durée est imposable; et
- b) 85 % du Revenu net mensuel avant l'invalidité totale du Participant, si la prestation d'Invalidité de longue durée est non imposable.

Les montants qui seraient payables au Participant si une Demande satisfaisante avait été faite seront estimés conformément à la disposition Réductions provisoires de la présente garantie.

Toutes sources signifie :

- a) La prestation d'invalidité de longue durée en vertu du régime collectif; et
- b) Toutes Réductions directes énumérées précédemment; et
- c) Les prestations de retraite en vertu du régime de rentes du Québec ou du régime de pensions du Canada, lorsque la date d'effet à laquelle les prestations de retraite ont débuté se situe dans les 12 mois précédant la date d'Invalidité totale; et
- d) Tout autre régime collectif, d'association ou de franchise pour la même Invalidité totale ou en lien avec la même Invalidité totale; et
- e) Tout autre régime gouvernemental ou tout organisme gouvernemental; et

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

- f) Toute forme d'emploi, de travail autonome ou d'entreprise qui n'a pas déjà été prise en considération dans les réductions applicables à la présente garantie.

Paiements forfaitaires

Advenant que l'un des montants énumérés aux paragraphes b) à f) de la définition de Toutes sources du paragraphe Réductions indirectes soit payé au Participant en un montant forfaitaire, l'assureur aura le droit de réduire la prestation d'invalidité de longue durée du montant mensuel qui aurait été payable au Participant si ce montant forfaitaire avait été payé sur une base mensuelle, selon le cas de façon rétroactive ou à l'avenir. L'assureur aura le droit de calculer ce montant mensuel qui aurait été payable en se basant sur la période de temps que couvre le montant forfaitaire. S'il n'y a pas de période de temps stipulée pour ce montant forfaitaire, l'assureur aura le droit de déterminer une période de temps raisonnable.

Réductions liées au Programme de réadaptation

Si le Participant participe à un Programme de réadaptation approuvé par l'assureur, le montant des prestations d'invalidité de longue durée payable par l'assureur sera réduit afin que le montant total de tous les revenus, compensations, profits, indemnités et prestations qui sont payables au Participant en vertu de (i) toutes Réductions directes énumérées précédemment et (ii) du Programme de réadaptation approuvé, n'excède pas :

- a) 100 % du Revenu brut mensuel avant l'Invalidité totale du Participant si la prestation d'invalidité de longue durée est imposable; ou
- b) 100 % du Revenu net mensuel avant l'Invalidité totale du Participant si la prestation d'invalidité de longue durée est non imposable.

Réductions additionnelles

Après les premières réductions faites à tout montant énuméré aux paragraphes b) à f) de Toutes sources définies précédemment, les ajustements futurs au coût de la vie apportés aux montants payables provenant de ces sources n'entraîneront pas de réductions additionnelles.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

Réductions provisoires

L'assureur se réserve le droit de réduire provisoirement du montant des prestations d'invalidité de longue durée du Participant, les montants estimés par l'assureur, qui sont ou auraient été payables si une Demande satisfaisante avait été faite par le Participant pour l'un des montants énumérés aux paragraphes b) à f) de Toutes sources si :

- a) Selon l'assureur, une Demande satisfaisante pour ces montants de Toutes sources n'a pas été faite; ou
- b) Une Demande satisfaisante pour ces montants de Toutes sources a été faite, mais n'a pas encore été approuvée ou refusée; ou
- c) Une Demande satisfaisante a été faite et a été refusée et ce refus fait l'objet d'un appel par le Participant.

Cependant, l'assureur ne procédera pas à la réduction provisoire du montant estimé, si le Participant :

- a) En ce qui concerne le régime de pensions du Canada :
 - i) Demande des prestations d'invalidité en vertu du régime de pensions du Canada, tel que requis par l'assureur ou, s'il y a lieu, fait appel du refus de telles prestations d'invalidité, tel que requis par l'assureur et fournit la preuve, selon la forme requise par l'assureur, que telle demande ou tel appel a effectivement été fait; et
 - ii) Signe le formulaire de « Consentement irrévocable de faire une retenue et de payer l'assureur », un formulaire de « Consentement pour permettre à Service Canada et à l'assureur d'échanger des renseignements sur les prestations d'invalidité » et tout autre formulaire connexe, tel que peut le requérir l'assureur.
- b) En ce qui concerne le régime de rentes du Québec :
 - i) Demande des prestations d'invalidité en vertu du régime de rentes du Québec, tel que requis par l'assureur ou, s'il y a lieu, fait appel du refus de telles prestations tel que requis par l'assureur et fournit la preuve, selon la forme requise par l'assureur, que cette demande ou cet appel a effectivement été fait; et

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

- ii) Signe le formulaire de « Consentement et demande de remise de prestations d'invalidité à un assureur » et toute autre formulaire connexe, tel que peut le requérir l'assureur.
- c) En ce qui concerne les indemnités d'accident du travail :
 - i) Demande des prestations d'indemnité des accidents du travail; et
 - ii) Signe une entente d'engagement et de remboursement selon le formulaire fourni par l'assureur et tout autre formulaire connexe, tel que peut le requérir l'assureur.

Si le montant estimé par l'assureur est différent du montant exact payable au Participant, l'assureur ajustera la prestation d'invalidité de longue durée du Participant conformément à cette garantie lorsque le montant exact lui sera fourni.

CESSATION DES PRESTATIONS

La prestation d'invalidité de longue durée cesse à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle la période maximale de paiement des prestations spécifiée au Tableau sommaire est atteinte; ou
- b) La date à laquelle le Participant cesse d'être Totalement invalide; ou
- c) La date à laquelle le Participant atteint l'âge limite indiqué au Tableau sommaire pour la garantie d'Assurance invalidité de longue durée; ou
- d) 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; ou
- e) La date du décès du Participant; ou
- f) La date à laquelle le Participant omet de se soumettre à un examen conformément au régime collectif, tel qu'exigé par l'assureur; ou
- g) La date à laquelle le Participant omet de fournir toutes les preuves d'Invalidité totale requises par l'assureur; ou
- h) La date à laquelle le Participant refuse de participer et de coopérer de façon active et continue à un Programme de réadaptation exigé par l'assureur; ou

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

- 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 entreprend toute occupation, tout emploi ou toute autre activité générant une compensation ou un profit, sauf tel qu'expressément permis par la disposition de Programme de réadaptation du régime collectif et approuvé expressément par l'assureur.

PÉRIODES SUCCESSIVES D'INVALIDITÉ TOTALE

Durant le Délai de carence

Si un Participant qui était Totalement invalide retourne Effectivement au travail avant la fin de son Délai de carence et redevient Totalement invalide alors que son assurance en vertu de la présente garantie est en vigueur, cette période successive d'Invalidité totale sera considérée comme étant une rechute de l'Invalidité totale précédente, seulement si :

- a) Elle est attribuable à la même cause que l'Invalidité totale précédente ou à des causes connexes; et
- b) Le Participant a été Effectivement au travail pendant moins de 30 Jours consécutifs suite à la fin de l'Invalidité totale précédente.

Après le Délai de carence

Si un Participant qui était Totalement invalide retourne Effectivement au travail après la fin de son Délai de carence, et redevient Totalement invalide alors que son assurance en vertu de la présente garantie est en vigueur, cette période successive d'Invalidité totale sera considérée comme étant une rechute de l'Invalidité totale précédente, seulement si :

- a) Elle est attribuable à la même cause que l'Invalidité totale précédente ou à des causes connexes; et
- b) Le Participant a été Effectivement au travail pendant moins de 6 mois consécutifs suite à la fin de l'Invalidité totale précédente.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

Rechute de l'Invalidité totale

Lorsqu'une période successive d'Invalidité totale est considérée par l'assureur comme étant une rechute de l'Invalidité totale précédente conformément à la présente disposition, le Délai de carence n'est pas appliqué une seconde fois. Cependant, si le Délai de carence n'était pas entièrement écoulé lors de l'Invalidité totale précédente, seulement la portion non écoulée du Délai de carence sera appliquée.

La prestation d'invalidité de longue durée payable pour une rechute de l'Invalidité totale précédente sera déterminée conformément aux termes et conditions du régime collectif, basée sur le Revenu du Participant à la date de l'Invalidité totale précédente. Pour les rechutes d'Invalidité totale précédente, la prestation ne sera pas versée au-delà de la période maximale des prestations indiquée au Tableau sommaire.

Nouvelle Invalidité totale

Si l'assureur détermine qu'une période successive d'Invalidité totale n'est pas une rechute de l'Invalidité totale précédente conformément à la présente disposition, cette période successive d'Invalidité totale sera considérée comme une nouvelle Invalidité totale et un nouveau Délai de carence sera appliqué.

EXCLUSIONS

Aucune prestation d'invalidité de longue durée ne sera payable pour une Invalidité totale causée directement ou indirectement, ou qui est d'une quelconque façon ou degré, associée à ou occasionnée par l'une des causes suivantes :

- a) Une agitation civile, une insurrection ou une guerre, que cette guerre soit déclarée ou non, ou une émeute.
- b) Une blessure que le Participant s'inflige, sauf si les preuves médicales démontrent que la blessure est directement liée à un problème de santé mentale.
- c) Un soin, une chirurgie ou un traitement qui n'est pas Médicalement requis.
- d) Un soin, une chirurgie ou un traitement de l'infertilité.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

- e) Un soin, une chirurgie ou un traitement dans un but esthétique, sauf lorsque le soin, la chirurgie ou le traitement est Médicalement requis et qui résulte directement d'une Maladie ou d'un Accident.
- f) La perpétration ou la tentative de perpétration de toute infraction en vertu de tout code criminel ou législation similaire dans toute juridiction, si le Participant ait été inculpé ou déclaré coupable.
- g) L'utilisation, la garde ou le contrôle de tout véhicule ou bateau par le Participant avec un taux d'alcoolémie qui excède la limite permise par la loi, ou sous l'influence de toute drogue, prescrite ou non, ou de toute autre substance intoxicante ou addictive.
- h) Toute dépendance, y compris celles aux drogues et à l'alcool, sans toutefois s'y limiter, et sauf si le Participant participe et coopère activement, pour cette dépendance, à un programme de traitement médical dans un milieu hospitalier.
- i) L'utilisation, la garde ou le contrôle dangereux par le Participant de tout véhicule ou bateau, si le Participant a été déclaré coupable.
- j) Un État de santé antérieur, lorsque l'Invalidité totale débute dans les 12 mois suivant la date à partir de laquelle le Participant est devenu couvert par la présente garantie;

L'État de santé antérieur signifie une Maladie ou un Accident ou les symptômes d'une Maladie ou les symptômes résultant d'un Accident, diagnostiqué ou non;

- i) Pour lequel le Participant a sollicité ou reçu (ou pour lequel il lui a été conseillé de solliciter ou de recevoir) tout traitement, avis, consultation, test diagnostics ou tout soin ou service de tout fournisseur de soins médicaux ou de santé; ou
- ii) Pour lequel le Participant s'est vu prescrire des médicaments ou a pris des médicaments.

au cours des 3 mois précédant la date à laquelle le Participant est devenu couvert en vertu de la présente garantie.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

Toutefois, si le régime collectif est émis en remplacement de la police d'un assureur précédent, la prestation d'invalidité de longue durée sera payable pour une Invalidité totale causée par un état de santé antérieur, pourvu que le Participant :

- i) Ait été couvert par la police de l'assureur précédent à la date de sa résiliation; et
- ii) Soit devenu couvert en vertu de la présente garantie à la date de l'entrée en vigueur du régime collectif; et
- iii) Ait été Effectivement au travail à la date d'entrée en vigueur du régime collectif; et
- iv) Respecte la période d'exclusion relative à l'État de santé antérieur du régime collectif, compte tenu de la période continue assurée en vertu des deux polices, ou de la police de l'assureur précédent, compte tenu de la période continue assurée en vertu des deux polices.

La prestation d'invalidité de longue durée payable au Participant sera établie conformément à la présente garantie, mais en aucun cas elle n'excédera le montant et la durée des prestations d'invalidité de longue durée maximale de la police de l'assureur précédent.

RESTRICTIONS

La prestation d'invalidité de longue durée ne sera pas payable durant toute période au cours de laquelle :

- a) Le Participant n'est pas sous les soins curatifs et continus prodigués activement par un Médecin, qui est un Spécialiste dans la discipline médicale applicable à son Invalidité totale.
- b) Le Participant ne suit pas le traitement médical, qui selon l'assureur est requis.
- c) Le Participant est hors du Canada pour une période de 90 Jours consécutifs ou plus.
- d) Le Participant est détenu dans un pénitencier, une prison, un établissement correctionnel, un établissement de psychiatrie criminelle

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

ou tout autre établissement similaire, par ordre de la cour ou d'une commission d'examen.

- e) Le Participant est en congé pris conformément à toute loi provinciale ou fédérale, y compris, sans toutefois s'y limiter, un congé de maternité, parental ou familial.
- f) Le Participant est en congé qui a été approuvé par l'Employeur.
- g) Le Participant est en congé de toute autre nature que ceux mentionnés dans cette disposition.
- h) Le Participant est suspendu avec ou sans solde.

INVALIDITÉ TOTALE DÉBUTANT ALORS QUE LE PARTICIPANT N'EST PAS EFFECTIVEMENT AU TRAVAIL

Aucune prestation ne sera payable pour une Invalidité totale qui commence alors que le Participant n'est pas Effectivement au travail, sauf tel qu'expressément prévu dans cette disposition.

Si un Participant n'est pas Effectivement au travail en raison d'une des Absences prévues dans la présente disposition, la prestation d'invalidité de longue durée pour une Invalidité totale qui commence durant une telle Absence ne sera payable que si toutes les Conditions énoncées dans cette disposition sont remplies :

Comme il est stipulé dans cette disposition, Absence signifie :

- Un congé pris conformément à toute loi provinciale ou fédérale, y compris, sans toutefois s'y limiter, un congé de maternité, parental ou familial.
- Une mise à pied temporaire.

Comme il est stipulé dans cette disposition, Conditions signifie que :

- a) L'assurance du Participant pour cette garantie était
 - i) En vigueur à la date de l'Invalidité totale; et
 - ii) Maintenu en vigueur durant la totalité de l'Absence conformément aux modalités et conditions énoncées dans cette

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

garantie et dans le régime collectif pour le maintien en vigueur de l'assurance, y compris, sans toutefois s'y limiter, la disposition Fin de couverture du régime collectif; et

- b) Toutes les primes dues pour le Participant durant l'Absence ont été payées à l'assureur; et
- c) Si le Participant n'avait pas été en Absence, il aurait autrement été capable de satisfaire la définition d'Effectivement au travail; et
- d) Le Participant satisfait toutes les modalités et conditions énoncées dans cette garantie et dans le régime collectif à la date de l'Invalidité totale et pendant l'Absence.

Si les Conditions susmentionnées sont satisfaites, toute prestation d'invalidité de longue durée payable à un Participant commencera seulement à la plus tardive des dates suivantes :

- a) La date à laquelle le Délai de carence est satisfait; ou
- b) La date à laquelle il était prévu que le Participant retourne Effectivement au travail suite à la date prévue de la fin de son Absence.

PROGRAMME DE RÉADAPTATION

L'assureur peut, à sa seule discrétion, exiger d'un Participant Totalement invalide qu'il participe à un Programme de réadaptation, après l'expiration de son Délai de carence.

Programme de réadaptation signifie tout programme ou activité qui, selon l'assureur, pourrait aider un Participant Totalement invalide à reprendre son Occupation régulière ou tout Emploi rémunérateur. Un tel Programme de réadaptation doit être approuvé par l'assureur.

Un Programme de réadaptation peut inclure toute forme d'activités ou de programmes suivants :

- a) Les programmes de réentraînement au travail ou de retour au travail progressif, adapté, à l'essai ou à temps partiel.
- b) Les évaluations fonctionnelles ou occupationnelles, les services de placement ou de recherche d'emploi.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

- c) Les traitements ou l'accès à des services de soins de santé ou des appareils d'assistance ou tout autre équipement.
- d) Le développement ou le perfectionnement des compétences ou des connaissances, de la formation, de la réorientation ou des cours pédagogiques.
- e) Tout autre programme ou activité que l'assureur, à sa seule discrétion, détermine comme étant un Programme de réadaptation approprié et raisonnable, en tenant compte de facteurs tels que la nature et la durée prévue de l'Invalidité totale du Participant, sa formation, son éducation ou son expérience, ainsi que la nature, la portée et le coût du programme ou de l'activité.

L'approbation d'un Programme de réadaptation par l'assureur ne constitue pas une approbation continue de tel programme dans le futur. L'assureur peut, conséquemment et à sa seule discrétion, mettre fin à un Programme de réadaptation en tout temps et pour toute raison.

Dépenses de réadaptation

Toutes les dépenses d'un Programme de réadaptation doivent être approuvées à l'avance et par écrit par l'assureur. Si l'assureur approuve de telles dépenses, l'assureur pourra les limiter à un total cumulatif de 3 fois la prestation d'invalidité de longue durée.

Participation active et continue exigée

Le Participant doit participer et coopérer de façon active et continue au Programme de réadaptation. La prestation d'invalidité de longue durée cessera si, selon l'assureur, le Participant ne participe pas ou ne coopère pas de façon active ou continue à un tel Programme de réadaptation.

EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsqu'un Participant est exonéré du paiement de ses primes en vertu de la disposition Exonération des primes de la garantie d'Assurance vie du Participant, il est aussi admissible à l'exonération du paiement des primes de la présente garantie sous réserve des mêmes conditions.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

PRESTATION DE SURVIVANT

Advenant le décès du Participant alors qu'il recevait une prestation d'invalidité de longue durée ou alors qu'il avait droit à une prestation d'invalidité de longue durée en vertu de la présente garantie, l'assureur versera une prestation au Survivant admissible ou, s'il y a lieu, aux survivants. S'il n'y a aucun survivant à la date du décès, aucune prestation ne sera alors versée.

Le montant de la prestation à verser au Survivant admissible ou, s'il y a lieu, aux survivants, correspondra au triple du montant mensuel de la prestation d'invalidité de longue durée qui a été versée ou qui aurait été versée au Participant par l'assureur immédiatement avant son décès.

Si la prestation peut être versée aux Enfants du Participant, l'assureur effectuera le paiement aux Enfants ou à la personne qui, légalement, a le droit de recevoir le paiement au nom des Enfants. Si deux Enfants ou plus ont droit à une prestation, ils devront se partager la prestation en parts égales.

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

- ♦ **Survivant admissible** : Le Conjoint ou les Enfants du Participant, si le Participant n'a pas de Conjoint au moment de son décès.
- ♦ **Conjoint** : Tel que défini selon la définition de Personne à charge de la disposition Définitions.
- ♦ **Enfants** : Tels que définis selon la définition de Personne à charge de la disposition Définitions.

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 du régime collectif.

MÉDICAMENTS QUÉBEC

Addendum à la Maladie complémentaire applicable aux résidents du Québec seulement

Le Gestionnaire s'engage à rembourser les frais relatifs aux médicaments sur ordonnance, énumérés dans la liste du Régime général d'assurance médicaments du Québec, pour chaque Personne couverte résidant au Québec et inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec (ci-après appelée la Régie), sans égard à l'état de santé de la Personne couverte.

La couverture en vertu de la présente garantie est obligatoire pour tout Participant et ses Personnes à charge couvertes par le régime collectif, sous réserve des dispositions de la *Loi sur l'assurance médicaments*.

La couverture offerte dans la présente garantie est conforme aux dispositions pertinentes de la *Loi sur l'assurance médicaments* et du Tableau sommaire.

Toute modification à la *Loi sur l'assurance médicaments* touchant le Régime général d'assurance médicaments du Québec modifiera également les dispositions pertinentes du présent addendum et du régime collectif.

Si une disposition de la couverture Maladie complémentaire est, en partie ou complètement, contraire à la *Loi sur l'assurance médicaments*, cette disposition ou la partie qui est réputée contraire sera présumée être amendée pour être conforme aux exigences minimales de la *Loi sur l'assurance médicaments*.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans le présent addendum :

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

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

MÉDICAMENTS QUÉBEC (suite)

Coassurance : La Coassurance est la proportion du coût des frais couverts qui doit être défrayée par la Personne couverte, jusqu'à concurrence de la Contribution maximale.

Contribution maximale : La Contribution maximale est le montant total assumé par la Personne couverte au-delà duquel le coût des frais couverts exigibles selon la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec est assumé par le Gestionnaire à 100 %.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES POUR LES PERSONNES ASSURÉES DE 65 ANS ET PLUS

Le choix d'une Personne couverte d'être couverte auprès de la Régie par l'entremise du Régime général d'assurance médicaments du Québec est irrévocable.

Dans le régime collectif, les Personnes couvertes de 65 ans et plus seront présumées être couvertes par la Régie en vertu du Régime général d'assurance médicaments. De plus, les Personnes à charge d'un Participant de 65 ans ou plus seront présumées être couvertes par la Régie en vertu du Régime général d'assurance médicaments du Québec, quel que soit leur âge.

Par ailleurs, le Gestionnaire se réserve le droit de modifier les taux de la présente garantie pour toute Personne couverte de 65 ans et plus qui est admissible à la couverture en vertu du régime collectif et qui a choisi de se couvrir en vertu de la présente garantie.

Nonobstant toute autre disposition à l'effet contraire contenue dans le régime collectif, cette garantie ne prévoit aucune cessation en raison de l'âge du Participant.

FRAIS COUVERTS

Les frais couverts sont les suivants, à condition de n'avoir été engagés qu'au Québec après la date de prise d'effet de la couverture de la Personne couverte :

- a) Les services d'exécution ou de renouvellement d'une ordonnance fournis par un pharmacien pour un médicament inclus dans la liste de la Régie ou déterminé par les règlements gouvernementaux;

MÉDICAMENTS QUÉBEC (suite)

- b) Les médicaments inclus dans la liste de la Régie et qui sont fournis par un pharmacien sur ordonnance d'un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire des médicaments;
- c) Tout médicament déterminé par les règlements gouvernementaux, lorsque prescrit en raison des états et des indications thérapeutiques indiqués dans les règlements.

Cette garantie ne couvre pas le coût des services pharmaceutiques et des médicaments qu'une Personne couverte peut obtenir et auxquels elle a droit en vertu de toute loi, autre que la *Loi sur l'assurance médicaments*, ou de tout autre régime gouvernemental.

Restrictions des quantités 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 34 Jours, sauf dans le cas de médicaments requis pour une thérapie à long terme (médicaments d'entretien) pour lesquels une quantité pouvant durer jusqu'à 100 Jours est permise.

RÉDUCTIONS

Les frais couverts par la présente garantie sont limités aux frais raisonnables et courants normalement engagés pour des frais identiques, couverts et facturés au Québec. Ces frais raisonnables et courants sont établis par le Gestionnaire et peuvent être révisés au besoin.

EXCLUSIONS

Aucune, sauf si prévue par la *Loi sur l'assurance médicaments* ou l'un de ses règlements.

COORDINATION DES PRESTATIONS

La Coordination des prestations se fera telle que prévue à la disposition Coordination des prestations de la garantie Maladie complémentaire.

MÉDICAMENTS QUÉBEC (suite)

CESSATION

La couverture 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 du régime collectif.

MALADIE COMPLÉMENTAIRE

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

Le Gestionnaire 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 couverte était couverte par la présente garantie, sous réserve de toutes les modalités et conditions de cette garantie et du régime collectif.

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.

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

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

MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

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 le Gestionnaire après avoir été déduit de la Franchise. Ce pourcentage est indiqué au Tableau sommaire.

Urgence médicale : Un évènement 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 couverte 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 couverte 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 couverte; et
- c) La Personne couverte ait été Hospitalisée pour des soins ponctuels et non pour des soins chroniques ou pour des soins liés à une convalescence.

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

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 couverte était hors de sa province de résidence, à condition que :

MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

a) La Personne couverte soit couverte en vertu de la Maladie complémentaire au moment où l'Urgence médicale survient; et

b) **Pour les Participants de moins de 70 ans et leurs Personnes à charge :**

L'Urgence médicale survienne au cours des premiers 60 Jours de l'absence de la Personne couverte de sa province de résidence.

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

Pour les Participants de 70 ans et plus et leurs Personnes à charge :

L'Urgence médicale survienne durant une absence de la Personne couverte de sa province de résidence, lorsque la durée prévue de cette absence était de 30 Jours ou moins.

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

Toutefois, s'il était prévu que l'absence dure 30 Jours ou moins, mais qu'en raison de circonstances hors de tout contrôle la durée de l'absence a dû être prolongée, une protection est prévue seulement en cas d'Urgence médicale survenue au cours des premiers 30 Jours de l'absence.

Si la durée prévue de l'absence excède 30 Jours, aucune protection n'est prévue en vertu de la présente garantie pour toute la durée de l'absence.

c) La Personne couverte se soit absentée pour des raisons professionnelles, pour des vacances ou pour fréquenter à temps plein une institution d'enseignement agréée; et

MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- d) Les services et l'équipement aient dû être fournis avant le retour de la Personne couverte 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;
- 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 couverte vers l'Hôpital le plus proche qui possède l'équipement nécessaire afin de fournir le traitement médical requis.

Pour les services paramédicaux, les médicaments et les appareils médicaux, seuls ceux qui auraient été couverts dans la province de résidence de la Personne couverte 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 couverte doit être Hospitalisée hors de sa province de résidence en raison d'une Urgence médicale, la Personne couverte est tenue de communiquer avec le service d'assistance médicale désigné par le Gestionnaire aussitôt que la Personne couverte est raisonnablement en mesure de le faire après le début de son Hospitalisation. Le manquement à remplir cette condition peut mener au refus du Gestionnaire de prendre en charge la demande de

MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

règlement de la Personne couverte 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, le Gestionnaire est d'avis que la Personne couverte peut être rapatriée dans sa province de résidence sans nuire à sa santé et que la Personne couverte refuse d'être rapatriée, le Gestionnaire ne remboursera par la suite aucuns frais engagés par la Personne couverte 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 couverte 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.

Le Gestionnaire détermine ce que stable signifie. Dans cette évaluation, le Gestionnaire 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.

MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

SOINS PRODIGUÉS HORS DU CANADA

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 alors que la Personne couverte est orientée vers un traitement médical hors du Canada pourvu que :

- a) Le traitement ne puisse pas être prodigué au Canada;
- b) Le traitement soit reconnu comme étant Médicalement requis, tel qu'il a été certifié par écrit par au moins deux Médecins pratiquant dans la province de résidence de la Personne couverte, l'un d'eux prodiguant régulièrement des soins à la Personne couverte, et l'autre se spécialisant dans la branche de la médecine applicable au trouble médical étant traité. Ni l'un ni l'autre des Médecins ne peut être la Personne couverte elle-même ou un membre de sa famille;
- c) Le traitement soit accepté comme étant un traitement normal à l'égard du trouble médical et ne soit pas considéré comme expérimental;
- d) L'indemnisation à l'égard du traitement soit payable en vertu du régime provincial d'assurance maladie de la province de résidence de la Personne couverte. L'indemnisation doit être confirmée par écrit par la Personne couverte auprès des administrateurs dudit régime avant que les services ne soient prodigués;
- e) L'approbation du traitement soit reçue par le Gestionnaire, par écrit, avant que le traitement ne soit effectué;

Les services et les équipements suivants liés au traitement médical reçu à la suite de l'orientation de la Personne couverte 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;
- d) Le diagnostic, les services d'imagerie médicale et de laboratoire;
- e) Les services paramédicaux fournis lors d'une Hospitalisation;

MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- f) Les fournitures et les services fournis en clinique externe;
- g) Les médicaments;
- h) Le transport professionnel en ambulance de la Personne couverte vers l'Hôpital le plus proche qui possède l'équipement nécessaire afin de fournir le traitement médical requis.

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 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.

Injections sclérosantes.

Matériel pour une colostomie ou une iléostomie.

Timbres contraceptifs et anneaux vaginaux.

Stérilets et diaphragmes.

Médicaments et vitamines injectables.

Relaxants musculaires en vente libre.

MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

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

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 34 Jours, sauf dans le cas de médicaments requis pour une thérapie à long terme (médicaments d'entretien) pour lesquels une quantité pouvant durer jusqu'à 100 Jours est permise.

Certains médicaments devront être pré-autorisés par le Gestionnaire avant leur utilisation. Pour ces médicaments, la Personne couverte devra demander à son Médecin traitant de fournir au Gestionnaire 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, le Gestionnaire peut demander qu'un médicament soit acheté par l'entremise du réseau de pharmacies privilégiées qui a été approuvé par le Gestionnaire. Si la Personne couverte choisissait d'utiliser une autre pharmacie, le montant remboursé à la Personne couverte sera basé sur le montant qui aurait été facturé par le réseau de pharmacies approuvé par le Gestionnaire. Le Gestionnaire ne sera pas responsable de tout montant en excès du montant qui aurait été remboursé si la Personne couverte avait utilisé le réseau de pharmacies approuvé.

Le Gestionnaire se réserve le droit, à sa seule discrétion, d'exclure la couverture de n'importe quel médicament dans certaines circonstances, tel que prévu aux modalités et conditions du régime collectif.

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 couverte fournit des preuves satisfaisantes au Gestionnaire indiquant que, pour une raison médicale valable confirmée par son Médecin traitant, elle doit prendre le Médicament d'origine, le Gestionnaire effectuera le Remboursement en fonction du coût du médicament prescrit admissible.

MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

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 couverte 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 le Gestionnaire;
 - 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 couverte 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 couverte 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, de convalescence ou pour malades chroniques pourvu que :
- i) La Personne couverte soit sous la supervision régulière d'un Médecin ou d'un infirmier autorisé; et
 - i) Le séjour ait été recommandé par un Médecin; et
 - ii) Le séjour commence dans les 14 Jours suivant la fin d'une période d'Hospitalisation; et
 - iii) Le séjour ait pour but la réadaptation ou la convalescence.

MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

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.

- e) Séjour dans un établissement de soins de santé autorisé à fournir des soins de réadaptation ou de convalescence.
- f) Frais pour les examens de laboratoire et les services d'imagerie médicale à des fins de diagnostic, 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.
- g) Frais pour la location ou, au choix du Gestionnaire, pour l'achat de l'équipement et du matériel médical 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) Prothèses artificielles, 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 couverte n'est pas en mesure de conduire un fauteuil roulant manuel en raison d'un état médical

MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- vi) Lits d'Hôpital à commande manuelle ou lits d'Hôpital à commande électrique, lorsque la Personne couverte 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
- 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) Systèmes de surveillance de la glycémie en continu (SGC)
- x) Neurostimulateur percutané ou transcutané
- 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 prescrits pour le traitement des varices ou requis en raison de brûlures graves ou d'une intervention chirurgicale
- xvi) Chaussures orthopédiques déterminées Médicalement requises par un professionnel de la santé qui exerce dans les limites définies par l'organisme de réglementation provincial approprié et qui ont été fabriquées sur mesure, personnalisées ou moulées sur commande pour la Personne couverte par un spécialiste diplômé dans le domaine de la fabrication de chaussures orthopédiques. Les chaussures orthopédiques vendues dans les commerces qui n'ont pas été personnalisées, modifiées ou moulées pour la Personne couverte ne sont pas couvertes
- xvii) Orthèses podiatriques déterminées Médicalement requises par un professionnel de la santé qui exerce dans les limites définies par l'organisme de réglementation provincial approprié et qui ont été conçues et fabriquées spécifiquement pour la Personne couverte par un spécialiste diplômé dans le domaine de la fabrication

MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

d'orthèses podiatriques. Les orthèses podiatriques vendues dans les commerces qui n'ont pas été conçues et fabriquées pour la Personne couverte ne sont pas couvertes

- xviii) Lentilles cornéennes à la suite d'une intervention chirurgicale pour des cataractes
 - xix) Lentilles intraoculaires à la suite d'une intervention chirurgicale pour des cataractes
 - xx) Appareils orthopédiques avec soutien rigide; soutiens dorsaux; harnais d'épaule; licous; bandages herniaires et collets cervicaux
 - xxi) Attelles, autres que des attelles dentaires, et plâtres
 - xxii) Cannes, béquilles et cadres de marche
 - xxiii) Bandes herniaires
 - xxiv) Prothèses capillaires requises à la suite d'une chimiothérapie
 - xxv) Appareil pour une colostomie ou une iléostomie
 - xxvi) Cathéters
 - xxvii) Aides à la parole
 - xxviii) Couvre-moignons
 - xxix) Transfusions de sang et de plasma sanguin
 - xxx) Radiothérapie ou coagulothérapie
- h) 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 couverte était couverte par la présente garantie; et
 - ii) Les soins soient les moins dispendieux qui puissent être fournis pour un traitement professionnel adéquat; et
 - iii) Les frais ne dépassent pas le montant indiqué pour le traitement dans le barème d'honoraires provincial en vigueur

MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

pour les Dentistes généralistes dans la province de résidence de la Personne couverte; 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.

- i) 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.
- j) Les frais d'examen de la vue faits par un ophtalmologiste ou un optométriste.
- k) **Applicable uniquement aux options Argent et Or :** Les frais pour des lunettes (y compris les lunettes de soleil et de sécurité), lorsque prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste.
- l) **Applicable uniquement aux options Argent et Or :** Les frais pour des lentilles cornéennes, lorsque prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste.
- m) **Applicable uniquement aux options Argent et Or :** Les frais pour une chirurgie correctrice au laser, lorsque prescrite par un ophtalmologiste ou un optométriste.
- n) 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.

MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

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 ou tous frais résultant, directement ou indirectement, de toute blessure que la Personne couverte 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) 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 couverte 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 thérapeutique, 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.

MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- 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 couverte.
- 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.
- 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 de services ou de fournitures ayant pour seul objet de faciliter la participation de la Personne couverte 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.
- q) Pour tous les soins et traitements (y compris la lutte contre la dépendance) pour des états tels que l'obésité, le tabagisme, la toxicomanie et l'alcoolisme, sans toutefois s'y limiter et sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie.
- r) 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.

MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- s) Pour les contraceptifs (autres qu'oraux), sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie.
- t) 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;
 - shampoings, huiles, crèmes;
 - produits de toilette, y compris les savons et les émoullients;
 - substances adoucissantes et protectrices pour la peau;
 - vitamines, suppléments vitaminiques ou multivitamines;
 - minéraux;
 - produits homéopathiques;
 - stéroïdes anabolisants.
- u) 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.
- v) Pour les médicaments dont la couverture est exclue par le Gestionnaire en vertu de la disposition Restrictions quant à l'exécution des ordonnances de la présente garantie.
- w) 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.
- x) 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.

MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- y) 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 le Gestionnaire 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 du Gestionnaire, ne satisfait pas aux standards du Gestionnaire 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.

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 couverte en vertu d'un tel régime ou (ii) par une tierce partie en raison d'une poursuite ou d'un règlement.

MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

CALCUL DU REMBOURSEMENT

Remboursement

Le Gestionnaire rembourse le pourcentage des frais couverts engagés, tel qu'indiqué au Tableau sommaire, lorsque la Franchise, s'il y a lieu, a été acquittée.

Maximum par Personne couverte

Le montant maximum que rembourse le Gestionnaire en vertu de la présente garantie est indiqué au Tableau sommaire.

Coordination des prestations

Si la Personne couverte 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 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 couvert par la présente garantie ou avant toute prolongation de la couverture telle que prévue à la disposition Prolongation des prestations, la couverture en vertu de cette garantie sera maintenue pour ses Personnes à charge qui étaient couvertes par la présente garantie au moment du décès, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) 24 mois après le décès du Participant; ou
- b) La date à laquelle la couverture des Personnes à charge aurait pris fin si le Participant avait été vivant; ou

MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- c) La date de résiliation de la garantie.

PROLONGATION DES PRESTATIONS

Si à la date à laquelle la couverture d'une Personne couverte en vertu de la présente garantie se termine et que la Personne couverte 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 la couverture 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
- 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 la couverture en vertu du régime collectif est résiliée en raison de la fin de :

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

peut transformer sa couverture Maladie complémentaire en un contrat d'assurance maladie individuelle sans avoir à fournir des preuves de santé au Gestionnaire.

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

MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

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 sa couverture en vertu du régime collectif. Si aucune demande n'est présentée et aucune prime n'est payée dans un tel délai de 60 Jours, le Participant ne pourra être couvert 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 le Gestionnaire.

CESSATION

La couverture 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 du régime collectif.

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

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 couverte est à l'extérieur de sa province de résidence, à condition que :

- a) La Personne couverte soit couverte par la garantie Maladie complémentaire au moment où survient l'Urgence médicale ou l'urgence personnelle; et
- b) **Pour les Participants de moins de 70 ans et leurs Personnes à charge :**

L'Urgence médicale ou l'urgence personnelle survienne au cours des premiers 60 Jours de l'absence de la Personne couverte de sa province de résidence.

Par contre, si l'absence est due au fait que la Personne couverte 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 couverte était inscrite à une institution d'enseignement; et

Pour les Participants de 70 ans et plus et leurs Personnes à charge :

L'Urgence médicale ou l'urgence personnelle survienne durant une absence de la Personne couverte de sa province de résidence, lorsque la durée prévue de cette absence était de 30 Jours ou moins.

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

Toutefois, s'il était prévu que l'absence dure 30 Jours ou moins, mais qu'en raison de circonstances hors de tout contrôle la durée de l'absence a dû être prolongée, une protection est prévue seulement en

MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE (suite)

cas d'Urgence médicale ou d'urgence personnelle survenue au cours des premiers 30 Jours de l'absence.

Si la durée prévue de l'absence excède 30 Jours, aucune protection n'est prévue en vertu de la présente garantie pour toute la durée de l'absence.

- c) La Personne couverte 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 couverte 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 Maladie complémentaire.

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

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.

Hospitalisation et Hospitalisé signifie l'occupation d'une chambre d'Hôpital à titre de patient admis, pour laquelle des frais de chambre et d'hébergement ont été facturés relativement au confinement. La Chirurgie d'un jour est considérée comme une période d'Hospitalisation.

MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE (suite)

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

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 du Gestionnaire 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 couverte en contact avec un réseau de spécialistes pouvant s'occuper de l'urgence.
- b) Soins médicaux

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

- Si la Personne couverte 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 couverte.
- Aider à l'admission dans un Hôpital.
- Confirmer, aux Médecins et aux Hôpitaux, que le régime collectif de la Personne couverte couvrira les frais médicaux de la Personne couverte.

MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE (suite)

c) Transport médical

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

- Organiser et payer le transport ou le transfert de la Personne couverte à un Hôpital par tout moyen approprié recommandé par le Médecin traitant, ceci en accord avec le fournisseur de services d'assistance médicale du Gestionnaire.
- Organiser et payer le rapatriement de la Personne couverte 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 du Gestionnaire 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 du Gestionnaire prend les arrangements nécessaires au paiement des dépenses médicales couvertes en vertu de la disposition Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de la garantie Maladie complémentaire.
- Si cela s'avère nécessaire pour que la Personne couverte reçoive des soins médicaux, le fournisseur de services d'assistance médicale du Gestionnaire avance des fonds, après accord préalable du Gestionnaire, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, en monnaie légale du Canada.

e) Rapatriement de la dépouille mortelle

- À la suite du décès de la Personne couverte, le fournisseur de services d'assistance médicale du Gestionnaire 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

MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE (suite)

de résidence, jusqu'à concurrence de 3 000 \$. Les frais d'obsèques ne sont pas payés.

f) Retour des Enfants à charge

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

- Le fournisseur de services d'assistance médicale du Gestionnaire organise le rapatriement de la Personne couverte 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 couverte. Le fournisseur de services d'assistance médicale du Gestionnaire prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touriste de la Personne couverte 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 du Gestionnaire 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 couverte est Hospitalisée pour une durée

MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE (suite)

minimum de 7 Jours consécutifs et si ladite visite est bénéfique à la Personne couverte, 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 couverte 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 maximum global de 1 500 \$.
- Le fournisseur de services d'assistance médicale du Gestionnaire rembourse les frais reliés au logement et aux repas à la réception de reçus explicatifs.
- j) Retour du véhicule
- Le fournisseur de services d'assistance médicale du Gestionnaire verse une allocation maximale de 1 000 \$ pour le retour du véhicule de la Personne couverte, qu'il soit privé ou loué, à la résidence de la Personne couverte ou à l'agence de location appropriée la plus proche.
- k) Médicaments en cas d'urgence
- Lorsque la Personne couverte ne peut trouver sur place un médicament indispensable à la poursuite d'un traitement en cours, le service d'assistance médicale du Gestionnaire effectue les démarches nécessaires à la recherche et à l'envoi de ces médicaments. Le coût du médicament devra être défrayé par la Personne couverte à moins que le médicament ne soit couvert en vertu de la garantie Maladie complémentaire.

MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE (suite)

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 du Gestionnaire met à la disposition de la Personne couverte 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 du Gestionnaire transmet, sur demande, un message de la Personne couverte à son domicile, à son bureau ou ailleurs, ou conserve pendant 15 Jours les messages qui sont destinés à la Personne couverte ou aux membres de sa Famille immédiate.
- c) Assistance juridique
 - En cas d'urgence de cet ordre, le fournisseur de services d'assistance médicale du Gestionnaire assiste la Personne couverte 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 du Gestionnaire transmet avant, pendant et après le voyage de la Personne couverte, de l'information relative au transport, aux vaccinations et aux précautions à prendre.
- e) Perte de bagages ou de documents
 - Si la Personne couverte égare ou se fait voler ses bagages ou documents de voyage, le fournisseur de services d'assistance

MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE (suite)

médicale du Gestionnaire aide la Personne couverte à contacter les autorités compétentes.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

En plus des exclusions et réductions énumérées dans la disposition des Exclusions et réductions de la garantie 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 la garantie Maladie complémentaire.

RESPONSABILITÉ

Le Titulaire du régime, le fournisseur de services d'assistance médicale du Gestionnaire et le Gestionnaire 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 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 du Gestionnaire réfère des Personnes couvertes 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 du Gestionnaire, du Titulaire du régime ou du Gestionnaire.

En outre, le fournisseur de services d'assistance médicale du Gestionnaire, le Titulaire du régime et le Gestionnaire 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 du Gestionnaire dirige la Personne couverte.

MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE (suite)

REMBOURSEMENT

Si une avance de fonds est fournie par le fournisseur de services d'assistance médicale du Gestionnaire ou le Gestionnaire pour couvrir des frais engagés ou si des frais ont été payés par le fournisseur de services d'assistance médicale du Gestionnaire ou le Gestionnaire et soumis par le Participant en tant que dépenses couvertes en vertu de la garantie Maladie complémentaire à une date ultérieure, le fournisseur de services d'assistance médicale du Gestionnaire ou le Gestionnaire ne rembourse au Participant que la différence entre le montant admissible relatif à ces dépenses et l'avance de fonds ou le montant payé par le fournisseur de services d'assistance médicale du Gestionnaire ou le Gestionnaire pour ces mêmes 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 la garantie 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 du Titulaire du régime en vertu du régime collectif, le Participant est responsable de rembourser, au Gestionnaire, 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, le Gestionnaire 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 du régime collectif en fonction du montant dû.

SOINS DENTAIRES

Le Gestionnaire s'engage à rembourser les frais de la Personne couverte pour les soins dentaires engagés alors que la Personne couverte était couverte par la présente garantie, sous réserve des conditions et modalités de la présente garantie et du régime collectif.

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 au Gestionnaire 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 couverte. 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.

SOINS DENTAIRES (suite)

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.

Remboursement : Le Remboursement représente le pourcentage des Frais engagés qui est remboursé par le Gestionnaire 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 (les frais reliés aux implants sont couverts seulement en vertu de la rubrique Implants de la section Soins majeurs, si cette garantie est incluse)

- a) Examens et diagnostics
 - i) Examen buccal complet :
Une fois par à vie
 - ii) Examen de rappel :
Applicable uniquement aux options Bronze et Argent :
Une fois tous les 6 mois pour une personne assurée de moins de 21 ans ou une fois tous les 9 mois pour toute autre personne assurée
Applicable uniquement à l'option Or :
Un tous les 6 mois
 - iii) Examen buccal d'urgence
 - iv) Examen d'un aspect particulier

SOINS DENTAIRES (suite)

- b) Radiographies
 - i) Intra-orales – périapicales :
Une série complète tous les 24 mois
 - ii) Intra-orales - occlusales
 - iii) Intra-orales - interproximales
 - iv) Extra-orales
 - v) Sialographies
 - vi) Pellicule panoramique :
Une tous les 24 mois
 - vii) Substances radiopaques
- c) Tests et examens de laboratoire
 - i) Culture microbiologique
 - ii) Biopsie des tissus buccaux mous
 - iii) Biopsie des tissus buccaux durs
 - iv) Examen cytologique
 - v) Test de vitalité
 - vi) Test de susceptibilité à la carie
- d) Services préventifs
 - i) Polissage de la partie coronaire des dents (prophylaxie) :
2 unité(s) de temps par période de 6 mois
 - ii) Application topique de fluorure
 - iii) Instruction initiale d'hygiène buccale
- e) Les mainteneurs d'espace, autres que les couronnes en acier inoxydable, pour les personnes âgées de moins de 18 ans. L'entretien d'un appareil de maintien est limité à 2 par période de 12 mois.

SOINS DENTAIRES (suite)

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

Soins de base (les frais reliés aux implants sont couverts seulement en vertu de la rubrique Implants de la section Soins majeurs, si cette garantie est incluse)

- a) Services de base
 - i) Finition des obturations
 - ii) Scellant de puits et fissures
 - iii) Contrôle de la carie
 - iv) Meulage interproximal des dents
 - v) Odontotomie prophylactique
- b) Restaurations
 - i) Restauration en amalgame
 - ii) Restauration en composite
- c) Endodontie
 - i) Coiffage de pulpe
 - ii) Pulpotomie (à l'exception de la restauration finale)
 - iii) Pulpotomie d'urgence
 - iv) Traumatisme endodontique
 - v) Traitement de canal
 - vi) Chirurgie endodontique
 - vii) Apexification

SOINS DENTAIRES (suite)

- d) Parodontie
 - i) Chirurgie parodontale
 - ii) Jumelage provisoire
 - iii) Services parodontaux complémentaires

Les lissages (surfaçages) radiculaires ainsi que les curetages sont couverts jusqu'à concurrence d'un maximum de 14 dents pour toute période de 12 mois. Ces traitements ne sont couverts que dans les cas où le sondage des poches parodontales indique 4 mm et plus.

Les détartrages sont couverts jusqu'à 10 unités de temps pour toute période de 12 mois.

- e) Prothèses amovibles
 - i) Ajustements
 - ii) Réparations
 - iii) Rebasage et regarnissage
 - iv) Nettoyage et polissage
- f) Chirurgie buccale
 - i) Ablation de dents ayant fait éruption (sans complication)
 - ii) Ablation chirurgicale (complexe)
 - iii) Exposition chirurgicale et mouvement d'une dent
 - transplantation : jusqu'à concurrence de 150 \$
 - repositionnement chirurgical : jusqu'à concurrence de 150 \$
 - iv) Énucléation d'une dent
 - v) Remodelage et plastie des tissus buccaux
 - alvéoplastie
 - gingivoplastie ou stomatoplastie

SOINS DENTAIRES (suite)

- vestibuloplastie
 - remodelage du plancher de la bouche
 - extension des plis muqueux
- vi) Ablation ou incision chirurgicale
- ablation de tumeurs ou de kystes
 - énucléation des kystes/granulomes
 - cheiloplastie (rasage de lèvre)
 - greffe d'un os au niveau de la mâchoire
 - marsupialisation
 - incision et drainage ou exploration
 - incision pour le retrait de corps étrangers : jusqu'à concurrence de 150 \$
- vii) Traitement des fractures
- mandibulaire ou maxillaire (y compris la ligature métallique) : réductions ouvertes jusqu'à concurrence de 750 \$
 - fractures alvéolaires
 - débridement, retrait des dents
 - réimplantation d'une dent avulsée (y compris la contention)
 - repositionnement d'une dent déplacée à la suite d'un traumatisme
 - réparations et lacérations : si plus de 6 cm, jusqu'à concurrence de 750 \$
- viii) Frénectomie/frénoplastie
- ix) Fractures sinusiennes

SOINS DENTAIRES (suite)

- g) Services généraux complémentaires
 - i) Anesthésie (en corrélation avec de la chirurgie)

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

Applicable uniquement aux options Argent et Or : Soins majeurs

- a) Prothèses amovibles
 - i) Prothèses complètes
 - ii) Prothèses partielles
- b) Prothèses fixes
 - i) Tenon coulé
 - ii) Pontique
 - iii) Pont papillon
 - iv) Piliers
 - v) Ancrages (sauf les ancrages de transition) et tenons dentinaires pour les ancrages
 - rupteurs de force ou attachements de précision : jusqu'à concurrence de 150 \$ plus les frais de laboratoire
 - télescopage de la couronne : jusqu'à concurrence de 450 \$ plus les frais de laboratoire

L'installation initiale des prothèses amovibles ou fixes est couverte à la condition d'être requise à la suite de l'extraction de dents alors que la personne était couverte en vertu de la présente garantie ou d'une garantie similaire.

SOINS DENTAIRES (suite)

Le remplacement de prothèses amovibles ou fixes est couvert s'il est rendu nécessaire pour l'une des raisons suivantes :

- i) L'extraction d'une ou de plusieurs dents naturelles alors que la personne est couverte en vertu de la présente garantie ou d'une garantie similaire; ou
- i) La prothèse existe depuis au moins 5 ans et ne peut plus être utilisée; ou
- ii) Le remplacement d'une prothèse temporaire moins de 12 mois après son installation.

Toutefois, la couverture ne couvre en aucun cas le remplacement de prothèses perdues ou volées.

c) Restaurations

- i) Couronnes
- ii) Aurification (si aucune autre substance n'est appropriée)
- iii) Incrustation et opposition métallique
- iv) Incrustation et opposition en porcelaine (si aucune autre substance n'est appropriée)
- v) Pivot préfabriqué
- vi) Recimentation d'incrustations, d'oppositions et de couronnes
- vii) Ablation d'incrustations, d'oppositions et de couronnes

L'obtention initiale de couronnes, d'incrustations ou d'oppositions n'est couverte que si la dent de la Personne couverte est endommagée par une carie ou une blessure et ne peut être réparée avec un amalgame ou une restauration en composite.

SOINS DENTAIRES (suite)

Le remplacement des couronnes, des incrustations ou des oppositions sera couvert uniquement si :

- i) La dent de la Personne couverte est endommagée à nouveau par la carie ou une blessure et ne peut être réparée avec un amalgame ou une restauration en composite; et
 - i) 5 ans se sont écoulés depuis la date à laquelle la couronne, l'incrustation ou l'opposition a été mise en place ou effectuée.
- d) Mainteneurs d'espace (en cas de perte de dents primaires)
- i) Couronne en acier

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.

Applicable uniquement aux options Argent et Or :

Soins orthodontiques : limités aux Enfants âgés de moins de 20 ans lorsque le traitement commence

- i) Examen buccal
- ii) Observation et diagnostic
- iii) Radiographies céphalométriques
- iv) Modèles de diagnostic non montés
- v) Appareils amovibles pour repositionner les dents
- vi) Appareils fixes ou cimentés
- vii) Appareils de contrôle des mauvaises habitudes buccales
- viii) Appareils de rétention
- ix) Traitement compréhensif

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

SOINS DENTAIRES (suite)

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

En plus des exclusions et réductions décrites dans la disposition des Exclusions et réductions de la garantie Maladie complémentaire, si une telle couverture est incluse dans le régime collectif, la garantie 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;
- b) Relatifs à un appareil que la Personne couverte 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 couverte 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 de couverture ou ceux qui ne sont pas à la charge de la Personne couverte;
- 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

SOINS DENTAIRES (suite)

infraction en vertu de tout code criminel ou législation similaire dans toute juridiction, si la Personne couverte a été inculpée ou déclarée coupable.

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 couverte 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 au Gestionnaire 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 de résidence de la Personne couverte.

Les Frais engagés pour des services rendus par un Denturologiste sont limités aux honoraires normaux suggérés pour les Denturologistes de la province de résidence de la Personne couverte.

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

SOINS DENTAIRES (suite)

Preuves

Avant d'effectuer un Remboursement, le Gestionnaire 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 couverte avant le début des traitements pour lesquels une demande d'indemnité est faite. Le Gestionnaire peut aussi, s'il le juge nécessaire, 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 couverte, le Gestionnaire rembourse le traitement le moins dispendieux qui donnera un résultat professionnel adéquat compte tenu de la condition de la Personne couverte.

CALCUL DU REMBOURSEMENT

Remboursement

Le Gestionnaire rembourse le pourcentage des Frais engagés admissibles, tel qu'indiqué au Tableau sommaire.

Maximum par Personne couverte

Le montant maximum remboursé par le Gestionnaire est indiqué au Tableau sommaire.

Coordination des prestations

Si la Personne couverte 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 à ne pas excéder les Frais engagés réellement. 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,

SOINS DENTAIRES (suite)

- 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 couvert par la présente garantie ou avant toute prolongation de la protection telle que prévue à la disposition Prolongation des prestations, la couverture en vertu de cette garantie sera maintenue pour ses Personnes à charge qui étaient couvertes par la présente garantie au moment du décès, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) 24 mois après le décès du Participant;
- b) La date à laquelle la couverture des Personnes à charge aurait pris fin si le Participant avait été vivant;
- c) La date de cessation de la garantie.

PROLONGATION DES PRESTATIONS

Si la couverture en vertu de la présente garantie se termine, les Frais engagés couverts après la date de cessation ne sont pas payables, même si un Programme de traitement avait été déposé et les prestations approuvées par le Gestionnaire sauf si le traitement dentaire est effectué dans les 31 Jours suivants 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.

SOINS DENTAIRES (suite)

DROIT DE TRANSFORMATION

Le Participant dont la garantie Soins dentaires est résiliée en raison de la fin de :

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

peut transformer sa garantie Soins dentaires en un contrat d'assurance soins dentaires individuelle sans avoir à fournir des preuves de santé au Gestionnaire, à condition qu'il transforme également sa garantie Maladie complémentaire. Si la garantie Maladie complémentaire n'est pas convertie, le Participant ne pourra convertir sa garantie Soins dentaires.

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

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 sa couverture en vertu du régime collectif. Si aucune demande n'est présentée et aucune prime n'est payée dans un tel délai de 60 Jours, le Participant ne pourra être couvert 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 le Gestionnaire.

CESSATION

La couverture 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 du régime collectif.

SERVICE DEUXIÈME OPINION MÉDICALE

(Cette garantie s'applique uniquement aux Participant et à leurs personnes à charge, le cas échéant, qui ont choisi d'être assurés en vertu des options Bronze, Argent et Or.)

Un Participant peut se prévaloir du service de Deuxième opinion médicale pour lui-même ou pour l'une de ses Personnes à charge, advenant que le Participant ou l'une de ses Personnes à charge ait reçu un diagnostic de l'une des affections ou maladies graves couvertes, et ce, pourvu que le Participant et ses Personnes à charge soient couverts en vertu de la garantie Assurance maladie complémentaire de la police collective.

SERVICE

Lorsqu'il y a diagnostic d'une affection ou d'une maladie grave couverte, ce service permet au Participant ou à la Personne à charge d'avoir rapidement un deuxième avis donné par d'éminents spécialistes affiliés à des institutions canadiennes d'enseignement médical de grande renommée. Ces spécialistes ont accès à des ressources et à de l'expertise clinique partout dans le monde, ce qui facilite, le cas échéant, la consultation d'autres experts mondialement reconnus.

SERVICE DEUXIÈME OPINION MÉDICALE (suite)

AFFECTIONS ET MALADIES GRAVES COUVERTES ⁽¹⁾

Voici la liste des affections et maladies graves couvertes pour lesquelles le participant ou la personne à charge peut se prévaloir du service Deuxième opinion médicale :

◆ Accident vasculaire cérébral et affections qui y sont liées	◆ Brûlures sévères
◆ Cancer	◆ Coma
◆ Complications du diabète	◆ Conditions cardiovasculaires, y compris la crise cardiaque (infarctus du myocarde), la chirurgie coronarienne (pontage) ou la chirurgie de l'aorte
◆ Emphysème	◆ Insuffisance ou défaillance rénale
◆ Maladies des motoneurones	◆ Maladies neurodégénératives (ex. : maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, sclérose en plaques...)
◆ Maladies pouvant mener à une amputation	◆ Maladies pulmonaires ou osseuses graves
◆ Paralysie	◆ Perte de la parole
◆ Perte de la vue	◆ Remplacement de la hanche ou du genou
◆ SIDA	◆ Surdité
◆ Thrombophlébite et embolie	◆ Transplantation d'un organe vital
◆ Trauma majeur	◆ Tumeur bénigne du cerveau

⁽¹⁾ Cette liste n'est pas exhaustive. Le Participant ou la Personne à charge doit communiquer avec le service Deuxième opinion médicale pour vérifier l'admissibilité de toute maladie mettant la vie en danger.

NOTE : Si le spécialiste ne peut pas confirmer un diagnostic basé sur le dossier du Participant ou de la Personne à charge, il peut recommander que des tests ou des consultations supplémentaires soient prévus pour affiner le diagnostic. Une fois les tests ou les consultations achevés, le spécialiste peut réévaluer la demande du Participant ou de la Personne à charge pour donner un deuxième avis médical.

SERVICE DEUXIÈME OPINION MÉDICALE (suite)

UN PROCESSUS RAPIDE ET FIABLE EN 6 ÉTAPES :

1. Le Participant ou la Personne à charge appelle le service Deuxième opinion médicale au 1 855 422-4622 afin de valider son admissibilité;
2. Un coordonnateur du service Deuxième opinion médicale ouvre un dossier et rassemble les documents médicaux avec le consentement du Participant ou de la Personne à charge;
3. Le coordonnateur transmet le dossier médical au spécialiste de Deuxième opinion médicale;
4. Le spécialiste révise le dossier et prépare son rapport final;
5. Le coordonnateur de Deuxième opinion médicale transmet le rapport final au Participant ou à la Personne à charge. Sur approbation du Participant ou de la Personne à charge, le coordonnateur envoie une copie du rapport final au médecin traitant;
6. Le médecin traitant et le spécialiste de Deuxième opinion médicale se consultent au besoin.

OPTIONS DE TRAITEMENT

Lorsque le diagnostic est confirmé, le Participant ou la Personne à charge se voit offrir les meilleurs choix de traitement et dispose du meilleur accès aux connaissances de pointe du système de santé canadien. Très souvent, les traitements appropriés sont disponibles à proximité du domicile du Participant ou de la Personne à charge.

Cependant, il arrive que les spécialistes du service Deuxième opinion médicale recommandent un traitement ailleurs au Canada ou même à l'étranger. Si le traitement recommandé n'est offert qu'à l'extérieur de la province de résidence, l'équipe du service Deuxième opinion médicale prendra toutes les dispositions nécessaires et coordonnera le transport du Participant ou de la Personne à charge, son admission dans l'établissement médical et son rapatriement. ⁽²⁾

- ⁽²⁾ Le Participant ou la Personne à charge admissible est responsable de tous les frais de transport, d'hospitalisation et de traitement, sauf si ces frais sont couverts par la police collective ou le régime provincial d'assurance maladie. Le Participant ou la Personne à charge doit communiquer avec l'Industrielle Alliance et les responsables du régime provincial d'assurance maladie afin de déterminer les frais couverts, le cas échéant.

SERVICE DEUXIÈME OPINION MÉDICALE (suite)

CONFIDENTIALITÉ

La politique de confidentialité du service Deuxième opinion médicale est conforme aux exigences de la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE) ainsi qu'aux législations provinciales sur la protection de la vie privée.

COMMENT COMMUNIQUER AVEC LE SERVICE DEUXIÈME OPINION MÉDICALE?

Afin d'obtenir une deuxième opinion médicale suite à un diagnostic de condition médicale grave couverte, le participant ou la personne à charge doit appeler au 1 855 422-4622.

Veillez communiquer avec l'administrateur de votre régime afin d'obtenir un dépliant explicatif concernant le service Deuxième opinion médicale.

FIN DU SERVICE DEUXIÈME OPINION MÉDICALE

Le droit d'un Participant de se prévaloir du service Deuxième opinion médicale pour lui-même ou pour une Personne à charge prend fin à la date à laquelle il n'est plus assuré en vertu de la garantie Assurance maladie complémentaire.

De plus, si l'entente conclue entre l'Industrielle Alliance et Deuxième opinion médicale à l'égard du service Deuxième opinion médicale devait prendre fin, le Participant et ses Personnes à charge n'auraient plus droit au service Deuxième opinion médicale.

COUVERTURE DU COMPTE DE GESTION SANTÉ

TABLEAU SOMMAIRE MONTANT CRÉDITÉ PAR EMPLOYÉ

Les employés sont couverts en vertu de la présente Convention CGS N° 27345 comme suit :

Employés couverts sous le CGS précédent :	Crédits restants en fonction de votre décision d'attribution au début de chaque année civile, comme indiqué par l'employeur plus crédits flexibles non utilisés par employé.
--	--

Employés non couverts sous le CGS précédent et qui deviennent admissibles à la Date de prise d'effet du CGS :	Montant proportionnel des crédits restants en fonction de votre décision d'allocation, tel que rapporté par l'Employeur et calculé sur le nombre de mois restants dans l'année du fonds à excluant le mois courant.
--	---

Employés qui deviennent admissibles en cours d'Année CGS :	Montant proportionnel des crédits restants en fonction de votre décision d'allocation, tel que rapporté par l'Employeur et calculé sur le nombre de mois restants dans l'année du fonds à excluant le mois courant.
---	---

Tous les employés admissibles à la Date de renouvellement du CGS :	Applicable uniquement aux employés qui ont choisi de se retirer des prestations de soins de santé / dentaires ou qui ont choisi l'option Bronze dans le cadre des prestations de soins de santé / dentaires Crédits restants en fonction de votre décision d'attribution telle que rapportée par l'employeur plus crédits flexibles non utilisés par employé.
---	---

Type de report :	Report de crédits
-------------------------	-------------------

COUVERTURE DU COMPTE DE GESTION SANTÉ (suite)

DÉFINITIONS

Personne à charge signifie une personne qui est considérée comme une personne à charge de l'employé pour les demandes de crédits d'impôts pour frais médicaux en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.

Dépenses signifie les frais de soins médicaux et dentaires que l'Administrateur considère comme des dépenses admissibles en vertu de cette Convention CGS.

Pour être admissibles les dépenses doivent :

- a) Faire partie de la liste des frais médicaux admissibles en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu, ses règlements d'application et de ses bulletins d'interprétation; et
- b) Ne pas être remboursables en vertu d'un autre régime (collectif, public ou privé).

Police d'assurance collective signifie le contrat d'assurance collective 27345 établi par Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Date de prise d'effet du CGS : Le 1^{er} avril 2021

Année du Compte de Gestion Santé (« Année CGS ») : Du 1^{er} janvier au 31 décembre.

ADMISSIBILITÉ D'UN EMPLOYÉ

Sous réserve de toutes les modalités et conditions énoncées dans la présente Convention CGS, un employé devient admissible à la couverture à la dernière des dates suivantes :

- a) La Date de prise d'effet de la présente Convention CGS, si l'employé est alors couvert en vertu de la Police d'assurance collective.
- b) La date à laquelle l'employé est couvert en vertu de la Police d'assurance collective.

COUVERTURE DU COMPTE DE GESTION SANTÉ (suite)

TYPE DE REPORT – REPORT DE CRÉDITS (Report de fonds)

Couverture

Le montant crédité au CGS de chaque employé permet le remboursement des Dépenses soumises. L'employé peut soumettre des Dépenses pour son compte ou celui d'une Personne à charge et se les faire rembourser.

Utilisation des crédits et délai de grâce

Les crédits portés au compte CGS d'un employé pour une Année CGS peuvent être reportés à l'Année CGS suivante.

L'employé dispose d'un délai de grâce de 90 jours à la fin de l'Année CGS au cours de laquelle les crédits ont été reportés pour utiliser les crédits qui n'ont pas servi. Après ce délai les crédits sont retranchés du compte de l'employé.

Pendant ce délai de 90 jours, les crédits doivent servir à rembourser les Dépenses engagées durant l'Année CGS à laquelle ces crédits ont été reportés.

Dépenses et délai de grâce

Les Dépenses engagées au cours d'une Année CGS doivent être soumises pendant cette même Année CGS.

L'employé dispose d'un délai de grâce de 90 jours à la fin de cette Année CGS pour soumettre les dépenses non soumises. Après ce délai, ces Dépenses ne sont pas remboursables.

Pendant ce délai de 90 jours, les Dépenses doivent être remboursées à même les crédits de l'Année CGS durant laquelle ces Dépenses ont été engagées.

Crédits suffisants

Il doit y avoir suffisamment de crédits dans le CGS d'un employé pour que les Dépenses soient remboursables.

Si l'employé soumet des Dépenses et qu'il n'y a pas suffisamment de crédits dans son CGS, il a droit à un remboursement à concurrence des crédits disponibles dans son CGS.

Si l'employé soumet des Dépenses et qu'il n'y a pas de crédits dans son CGS, les Dépenses ne sont pas remboursables.

COUVERTURE DU COMPTE DE GESTION SANTÉ (suite)

RÉSILIATION DE LA COUVERTURE CGS

La couverture CGS de l'employé prend automatiquement fin à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle la Convention CGS est résiliée; ou
- b) La date à laquelle l'employé prend sa retraite; ou
- c) La date à laquelle l'employé n'est plus couvert en vertu de la Police d'assurance collective; ou
- d) la date à laquelle le Titulaire du compte cesse la couverture de l'employé en vertu de la Convention CGS.

AVIS ET PREUVE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

L'avis et la preuve de demande de règlement doivent être soumises à l'Administrateur dans le format exigé. La preuve de la demande de règlement doit comprendre tous les renseignements que l'Administrateur exige et juge nécessaires. L'Administrateur n'est pas responsable des demandes de règlement qui ne sont pas déposées conformément à cette Convention. Les demandes de règlement doivent être déposées dans les délais précisés dans la section Type de report de la section Couverture du Compte de Gestion Santé.

DEMANDES DE RÈGLEMENT EN CAS DE CESSATION DE LA COUVERTURE CGS

L'employé a 90 jours à partir de la date à laquelle prend fin sa couverture en vertu du CGS pour soumettre les Dépenses qui ont été engagées avant cette date. Après ce délai les crédits sont retranchés du CGS de l'employé et les Dépenses sont non remboursables.

DEMANDES DE RÈGLEMENT EN CAS DE RÉSILIATION DE LA CONVENTION CGS

Si ce CGS et la Police d'assurance collective sont résiliés, l'Administrateur n'est pas responsable des demandes de règlement soumises au-delà de la date de résiliation du CGS.

Si ce CGS est résilié mais la Police d'assurance collective est toujours en vigueur, les demandes de règlement peuvent être soumises dans les 90 jours de la date de la résiliation du CGS si les Dépenses sont engagées avant ou à la date de résiliation, sous réserve des conditions exprimées ailleurs dans cette Convention.

COUVERTURE DU COMPTE DE GESTION SANTÉ (suite)

L'Administrateur n'est pas responsable des demandes de règlement soumises au-delà de la fin de ce délai de 90 jours. Si toutefois la Police d'assurance collective est résiliée avant la fin de ce délai de 90 jours, l'Administrateur n'est pas responsable des demandes de règlement soumises après la date de résiliation de la Police d'assurance collective.

CHANGEMENT ATTRIBUABLE À UN ÉVÈNEMENT DE VIE

Si, au cours d'une Année CGS, un évènement se produit dans la vie d'un employé (un mariage, union civile, union de fait, divorce, séparation, naissance, adoption ou décès d'une personne à charge), et qu'en raison de ce changement sa couverture CGS est modifiée, des crédits additionnels sont ajoutés au CGS de l'employé. Toutefois, si à la suite du changement le nombre de crédits doit être diminué, cette diminution entrera en vigueur à compter de l'Année CGS suivante.

Les crédits de l'employé ne peuvent être diminués au cours d'une Année CGS.

Les crédits additionnels sont calculés en proportion du nombre de mois à courir dans l'Année CGS en cours.

L'employé peut transférer les crédits de son Compte Mieux-Être dans son CGS.

COUVERTURE DU COMPTE MIEUX-ÊTRE (COMPTE DE DEPENSES PERSONNELLES)

Le compte mieux-être est également connu comme le nom de « compte de dépenses personnelles ».

TABLEAU SOMMAIRE MONTANT CRÉDITÉ PAR EMPLOYÉ

Les employés sont couverts en vertu de la présente Convention Compte Mieux-Être N° 27345 comme suit :

Employés couverts sous le Compte Mieux-Être précédent :	Crédits restants en fonction de votre décision d'attribution au début de chaque année civile, comme indiqué par l'employeur plus crédits flexibles non utilisés par employé.
--	---

Employés non couverts sous le Compte Mieux-Être précédent et qui deviennent admissibles à la Date de prise d'effet du Compte Mieux-Être :	Montant proportionnel des crédits restants en fonction de votre décision d'allocation, tel que rapporté par l'Employeur et calculé sur le nombre de mois restants dans l'année du fonds à excluant le mois courant.
--	--

Employés qui deviennent admissibles en cours d'Année Compte Mieux-Être :	Montant proportionnel des crédits restants en fonction de votre décision d'allocation, tel que rapporté par l'Employeur et calculé sur le nombre de mois restants dans l'année du fonds à excluant le mois courant.
---	--

Tous les employés admissibles à la Date de renouvellement du Compte Mieux-Être :	Applicable uniquement aux employés qui ont choisi de se retirer des prestations de soins de santé / dentaires ou qui ont choisi l'option Bronze dans le cadre des prestations de soins de santé / dentaires
---	--

Crédits restants en fonction de votre décision d'attribution telle que rapportée par l'employeur plus crédits flexibles non utilisés par employé.

Type de report :	Report de crédits
-------------------------	--------------------------

COUVERTURE DU COMPTE MIEUX-ÊTRE (COMPTE DE DEPENSES PERSONNELLES) (suite)

DÉFINITIONS

Personne à charge signifie une personne qui est considérée comme une personne à charge de l'employé pour les demandes de crédits d'impôts pour frais médicaux en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.

Police d'assurance collective signifie le contrat d'assurance collective 27345 établi par Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Date de prise d'effet du Compte Mieux-être : Le 1^{er} avril 2021

Date de renouvellement du Compte Mieux-être : Le 1^{er} janvier 2022 et, par la suite, le 1^{er} janvier de chaque année.

Année du Compte Mieux-être : Du 1^{er} janvier au 31 décembre.

ADMISSIBILITÉ D'UN EMPLOYÉ

Sous réserve de toutes les modalités et conditions énoncées dans la présente Convention Compte Mieux-Être, un employé devient admissible à la couverture à la dernière des dates suivantes :

- c) La Date de prise d'effet de la présente Convention Compte Mieux-Être, si l'employé est alors couvert en vertu de la Police d'assurance collective;
- d) La date à laquelle l'employé est couvert en vertu de la Police d'assurance collective.

ADMISSIBILITÉ DES DÉPENSES

L'Administrateur n'est pas responsable de déterminer si les dépenses sont admissibles à un remboursement. Le Titulaire de compte détermine quelles sont les dépenses admissibles à un remboursement en vertu du présent Compte Mieux-Être.

L'Administrateur utilise les crédits alloués au Compte Mieux-Être de chaque employé pour rembourser les dépenses admissibles soumises.

COUVERTURE DU COMPTE MIEUX-ÊTRE (COMPTE DE DEPENSES PERSONNELLES) (suite)

Dépenses admissibles :

Services liés à la mise en forme

- adhésions à un club de mise en forme
- frais d'inscription à des programmes ou des cours liés à la mise en forme, tels que des cours d'aérobic, de yoga, de danse et de patinage artistique
- adhésions aux équipes sportives et frais d'inscription
- adhésions annuelles, comme le golf
- frais de cour, droits d'entrée, forfaits de ski, billets de remontées mécaniques et inscriptions aux courses
- entraîneurs personnels

Équipement de mise en forme

- équipements durables tels que tapis de course, vélos d'exercice et gymnase universel
- équipement de camping

Services liés à la santé

- programmes de gestion du poids (hors alimentation)
- programmes d'abandon du tabac
- programmes de nutrition et conseils
- services de maternité (cours prénatals et services de sages-femmes)
- services des praticiens de santé alternative suivants : réflexologue, iridologue, herboriste, homéopathe, thérapeute du sport, médecin chinois, thérapeute Shiatsu, ostéopathe et acupresseur
- programmes de gestion du stress
- dépistage du cholestérol et de l'hypertension
- formation aux premiers secours et à la RCR (réanimation cardio-pulmonaire)
- évaluations de la santé
- tests d'allergie
- vitamines et suppléments, y compris les produits à base de plantes
- autres services de bien-être alternatifs : Reiki, médecine ayurvédique, thérapie par le toucher, Rolfing et luminothérapie
- PAE

COUVERTURE DU COMPTE MIEUX-ÊTRE (COMPTE DE DEPENSES PERSONNELLES) (suite)

Les primes d'assurance

- primes d'assurance payées pour les maladies graves, la vie et les soins de longue durée

L'équilibre travail-vie

- frais de garde d'enfants

Développement éducatif et personnel

- frais de scolarité pour l'université, le collège ou la formation continue (y compris les livres et les fournitures)
- formation linguistique
- tutorat
- frais d'adhésion ou cotisations professionnelles
- frais associés au maintien d'un titre professionnel
- cours de loisirs et d'intérêt général
- ordinateur personnel et accessoires
- cours d'art

Services professionnels

- frais juridiques

Financier

- cotisations à un régime enregistré d'épargne-retraite (REER)

Autre

- cartes de transport en commun
- assurance animaux et services vétérinaires

Couverture

Le montant crédité au Compte Mieux-Être de chaque employé permet le remboursement des Dépenses soumises. L'employé peut soumettre des Dépenses pour son compte et se les faire rembourser.

COUVERTURE DU COMPTE MIEUX-ÊTRE (COMPTE DE DEPENSES PERSONNELLES) (suite)

Utilisation des crédits

Les crédits portés au Compte Mieux-Être d'un employé au cours d'une Année Compte Mieux-Être doivent servir à rembourser les Dépenses engagées pendant cette même Année Compte Mieux-Être.

L'employé dispose d'un délai de grâce de 90 jours à la fin de cette Année Compte Mieux-Être pour utiliser les crédits qui n'ont pas servi. Après ce délai les crédits sont retranchés du compte de l'employé.

Pendant ce délai de 90 jours, ces crédits peuvent être utilisés pour rembourser les Dépenses engagées durant l'Année Compte Mieux-Être durant laquelle ces crédits ont été alloués.

Dépenses et délai de grâce

Les Dépenses engagées au cours d'une Année Compte Mieux-Être doivent être soumises pendant cette même Année Compte Mieux-Être.

L'employé dispose d'un délai de grâce de 90 jours à la fin de cette Année Compte Mieux-Être pour soumettre ces dépenses non soumises. Après ce délai, ces Dépenses ne sont pas remboursables.

Pendant ce délai de 90 jours, les Dépenses doivent être remboursées à même les crédits de l'Année Compte Mieux-Être durant laquelle ces Dépenses ont été engagées.

Crédits suffisants

Il doit y avoir suffisamment de crédits dans le Compte Mieux-Être d'un employé pour que les Dépenses soient remboursables.

Si l'employé soumet des Dépenses et qu'il n'y a pas suffisamment de crédits dans son Compte Mieux-Être, il a droit à un remboursement à concurrence des crédits disponibles dans son Compte Mieux-Être.

Si l'employé soumet des Dépenses et qu'il n'y a pas de crédits dans son Compte Mieux-Être, les Dépenses ne sont pas remboursables.

RÉSILIATION DE LA COUVERTURE

La couverture Compte Mieux-Être de l'employé prend automatiquement fin à la première des dates suivantes :

COUVERTURE DU COMPTE MIEUX-ÊTRE (COMPTE DE DEPENSES PERSONNELLES) (suite)

- e) La date à laquelle la Convention Compte Mieux-Être est résiliée; ou
- f) La date à laquelle l'employé prend sa retraite; ou
- g) La date à laquelle l'employé n'est plus couvert en vertu de la Police d'assurance collective; ou
- h) la date à laquelle le Titulaire du compte cesse la couverture de l'employé en vertu de la Convention Compte Mieux-Être.

AVIS ET PREUVE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

L'avis et la preuve de demande de règlement doivent être soumises à l'Administrateur dans le format exigé. La preuve de la demande de règlement doit comprendre tous les renseignements que l'Administrateur exige et juge nécessaires. L'Administrateur n'est pas responsable des demandes de règlement qui ne sont pas déposées conformément à cette Convention.

DEMANDES DE RÈGLEMENT EN CAS DE CESSATION D'EMPLOI

L'employé a 90 jours à partir de la date à laquelle prend fin sa couverture en vertu du Compte Mieux-Être pour soumettre les Dépenses qui ont été engagées avant cette date. Après ce délai les crédits sont retranchés du Compte Mieux-Être de l'employé et les Dépenses sont non remboursables.

DEMANDES DE RÈGLEMENT EN CAS DE RÉSILIATION DE LA CONVENTION COMPTE MIEUX-ÊTRE

Si ce Compte Mieux-Être et la Police d'assurance collective sont résiliés, l'Administrateur n'est pas responsable des demandes de règlement soumises au-delà de la date de résiliation du Compte Mieux-Être.

Si ce Compte Mieux-Être est résilié mais la Police d'assurance collective est toujours en vigueur, les demandes de règlement peuvent être soumises dans les 90 jours de la date de la résiliation du Compte Mieux-Être si les Dépenses sont engagées avant ou à la date de résiliation, sous réserve des conditions exprimées ailleurs dans cette Convention.

COUVERTURE DU COMPTE MIEUX-ÊTRE (COMPTE DE DEPENSES PERSONNELLES) (suite)

L'Administrateur n'est pas responsable des demandes de règlement soumises au-delà de la fin de ce délai de 90 jours. Si toutefois la Police d'assurance collective est résiliée avant la fin de ce délai de 90 jours, l'Administrateur n'est pas responsable des demandes de règlement soumises après la date de résiliation de la Police d'assurance collective.

CHANGEMENT ATTRIBUABLE À UN ÉVÈNEMENT DE VIE

Si, au cours d'une Année Compte Mieux-Être, un évènement se produit dans la vie d'un employé (un mariage, union civile, union de fait, divorce, séparation, naissance, adoption ou décès d'une personne à charge), et qu'en raison de ce changement sa couverture Compte Mieux-Être est modifiée, des crédits additionnels sont ajoutés au Compte Mieux-Être de l'employé. Toutefois, si à la suite du changement le nombre de crédits doit être diminué, cette diminution entrera en vigueur à compter de l'Année Compte de Mieux-être suivante.

Les crédits de l'employé ne peuvent être diminués au cours d'une Année Compte Mieux-Être.

Les crédits additionnels sont calculés en proportion du nombre de mois à courir dans l'Année Compte Mieux-Être en cours.

L'employé peut transférer les crédits de son CGS dans son Compte Mieux-Être.

COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION

La clause suivante s'applique aux garanties pour lesquelles l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. est l'assureur :

Un Participant peut demander à l'assureur de lui remettre une copie du régime collectif, de son formulaire d'adhésion et de tout document écrit (fourni comme preuves de santé) 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

Demandes de règlement pour la Maladie complémentaire et les Soins dentaires

Le Participant doit 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 (suite)

Demandes de règlement pour la garantie d'Assurance invalidité

Le Participant doit remplir le formulaire correspondant et le transmettre à l'adresse suivante :

Pour les Participants résidant au Québec

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
Assurance collective - Service des règlements invalidité
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 invalidité
522, avenue University, bureau 400
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

AVIS IMPORTANT

pour les personnes hospitalisées hors de leur province de résidence

La Personne couverte est tenue de communiquer avec le fournisseur du service d'assistance médicale aussitôt qu'elle est raisonnablement en mesure de le faire après le début de son hospitalisation, sans quoi le Titulaire du régime peut refuser la demande de règlement de la Personne couverte 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. 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 du régime. L'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. 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, l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. ouvre un dossier confidentiel pour y consigner tout renseignement personnel obtenu à l'égard du Participant. Ce dossier sera conservé aux bureaux de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Ne peuvent avoir accès au dossier que les employés, les représentants et les fournisseurs de services de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. 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 l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., 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 l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. 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 du Groupe Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., 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

NOTES
