

NORDA STELO INC.
ET LES MEMBRES DE SON GROUPE

Direction
Groupe n° 91318

GFMD Expert conseil en avantages sociaux



LISTE DES GARANTIES

SOMMAIRE DES GARANTIES	1
VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE EN BREF	10
ASSURANCE VIE	15
ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE	18
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	22
ASSURANCE SANTÉ - MÉDICAMENTS.....	27
ASSURANCE SANTÉ - ACCIDENT/MALADIE.....	31
ASSURANCE SANTÉ - VOYAGE	39
ASSURANCE SOINS DENTAIRE.....	45

ANNEXE

Régime d'assurance de base en cas de décès et mutilation par accident (police établie par Assurance-Vie Ace Ina)

Révisé en date du 14 décembre 2015

SOMMAIRE DES GARANTIES

Le présent sommaire des garanties doit s'interpréter de pair avec les modalités décrites dans les différentes sections de la brochure.

Délai d'admission	3 mois de travail continu
--------------------------	---------------------------

Assurance vie de base de l'adhérent

Montant assurable	Une fois le salaire annuel
Mode d'arrondissement	Au 1 000 \$ supérieur
Maximum	
• sans preuve d'assurabilité	750 000 \$
• avec preuve d'assurabilité	1 000 000 \$
Réduction à 70 ans	25 % du montant d'assurance
Réduction à 75 ans	25 % du montant d'assurance en vigueur à 70 ans
Prestation dans le cas d'une maladie en phase terminale	Incluse
Désignation de bénéficiaire transférée du contrat antérieur	Oui
Fin de la garantie	Retraite

Assurance vie de base des personnes à charge

Montant d'assurance	
Conjoint	10 000 \$
Enfant(s)	5 000 \$ par enfant *
Fin de la garantie	Retraite

* *l'enfant doit être âgé d'au moins 24 heures*

Assurance vie facultative de l'adhérent

Montant assurable	1, 2 ou 3 fois le salaire annuel
Mode d'arrondissement	Au 1 000 \$ supérieur
• Minimum avec preuve d'assurabilité	20 000 \$
• Maximum avec preuve d'assurabilité	500 000 \$ *
Fin de la garantie :	70 ans ou retraite, si antérieure

* *le maximum combiné de l'assurance vie de base et de l'assurance vie facultative de l'adhérent ne peut excéder 1 300 000 \$*

Taux de l'assurance vie facultative (par 1 000 \$ de volume)

Groupe d'âge	Homme		Femme	
	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeur	Fumeur
- 29 ans	0,050 \$	0,074 \$	0,022 \$	0,033 \$
30 - 34	0,050 \$	0,079 \$	0,022 \$	0,033 \$
35 - 39	0,068 \$	0,083 \$	0,028 \$	0,040 \$
40 - 44	0,098 \$	0,147 \$	0,037 \$	0,061 \$
45 - 49	0,161 \$	0,239 \$	0,061 \$	0,095 \$
50 - 54	0,254 \$	0,372 \$	0,142 \$	0,147 \$
55 - 59	0,399 \$	0,616 \$	0,215 \$	0,329 \$
60 - 64	0,751 \$	0,972 \$	0,330 \$	0,496 \$
65 - 69	1,056 \$	1,353 \$	0,473 \$	0,783 \$

Assurance salaire de courte durée

Montant assurable	75 % du salaire hebdomadaire, arrondi au dollar supérieur
Maximum	
• sans preuve d'assurabilité	2 000 \$
• avec preuve d'assurabilité	2 000 \$
Délai de carence :	
Hospitalisation / chirurgie d'un jour	Aucun
Accident	Aucun
Maladie	7 jours
Durée maximale des prestations	17 semaines
Statut fiscal des prestations	Imposables
Intégration à la CAEC	Non
Fin de la garantie	Retraite

Assurance salaire de longue durée

Montant assurable	75 % du salaire mensuel, arrondi au dollar supérieur
Maximum	
• sans preuve d'assurabilité	10 500 \$
• avec preuve d'assurabilité	15 000 \$
Délai de carence	Fin des prestations d'assurance salaire de courte durée
Durée maximale des prestations	Jusqu'à l'âge de 65 ans
Indexation au coût de la vie	Aucune
Statut fiscal des prestations	Imposables
Intégration directe des prestations (RRQ, RPC et lois sociales)	Oui
Notion de propre occupation	60 mois suivant la fin du délai de carence
Coordination : l'ensemble des prestations ne doit pas excéder	85 % du salaire brut
Fin de la garantie	65 ans (ou retraite, si antérieure)

GÉNÉRALITÉS

Franchise	5 \$ par médicament prescrit
Pourcentage de remboursement	80 % des premiers 3 500 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent, par famille, par année civile
Mode de remboursement	Carte de paiement direct
Protection supplémentaire offerte aux assurés couverts par le régime public de la RAMQ	Intégration des paramètres de la RAMQ à ceux du présent régime
Prolongation de l'assurance après la cessation	90 jours
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent

Remboursement maximum ***Liste régulière (incluant la liste RAMQ pour les résidents du Québec)**

Illimité

Vaccins préventifs

400 \$ / année civile

* Croix Bleue rembourse le coût du médicament interchangeable (générique) dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, quel que soit le médicament qui a été prescrit.

L'assuré peut tout de même se procurer un médicament de coût plus élevé et alors payer la différence de coût.

Croix Bleue applique la clause de substitution pour le médicament interchangeable (générique) dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, même si le médecin indique que le médicament prescrit ne peut être substitué.

Si l'assuré ne tolère pas le médicament interchangeable (générique) dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, Croix Bleue peut accepter de rembourser le coût d'un autre médicament interchangeable, sur une base de cas par cas, par le biais du processus de l'autorisation spéciale.

GÉNÉRALITÉS

Franchise	Aucune
Prolongation de l'assurance après la cessation	90 jours
Fin de la garantie	Retraite

HOSPITALISATION

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximum</u>	<u>Durée maximale</u>
Soins actifs	100 %	Chambre à deux lits	Illimitée
Convalescence ou réadaptation physique	100 %	Chambre à deux lits	180 jours / période d'hospitalisation

PATIENTS DIRIGÉS HORS CANADA

<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximum</u>
80 %	500 000 \$ à vie

SOINS DE LA VUE

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement Maximum global</u>
Examen de la vue	100 %	50 \$ / 24 mois consécutifs
Lunettes, verres de contact et chirurgie au laser	100 %	200 \$ / 24 mois consécutifs

SERVICES PARAMÉDICAUX

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Maximum admissible par visite</u>	<u>Maximum admissible par année civile</u>
Acupuncteur	80 %	45 \$	500 \$
Audiologiste	80 %	45 \$	500 \$
Chiropraticien	80 %	45 \$	500 \$
Radiographies par un chiropraticien	80 %	s/o	25 \$
Dététiste	80 %	45 \$	500 \$
Ergothérapeute	80 %	45 \$	500 \$
Homéopathe	80 %	45 \$	500 \$
Massothérapeute	80 %	45 \$	500 \$
Naturopathe	80 %	45 \$	500 \$
Orthophoniste	80 %	45 \$	500 \$
Ostéopathe	80 %	45 \$	500 \$
Physiothérapeute / technicien en réadaptation physique / thérapeute du sport	80 %	45 \$	500 \$ *
Podiatre / pédicure	80 %	45 \$	500 \$
Psychologue / travailleur social / conseiller en orientation	80 %	45 \$	500 \$ *

* maximum combiné pour tous les paramédicaux

FOURNITURES ET SERVICES MÉDICAUX *

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Maximum admissible</u>
Soins infirmiers	80 %	10 000 \$ / année civile
Service ambulancier	80 %	Illimité
Chaussures orthopédiques	80 %	300 \$ / année civile
Orthèses podiatriques	80 %	300 \$ / année civile
Bas de contention	80 %	3 paires / année civile
Prothèses auditives	80 %	300 \$ / 36 mois consécutifs
Stérilet	80 %	500 \$ / année civile
TENS	80 %	700 \$ viager
Glucomètre	80 %	200 \$ - 1 appareil / 36 mois consécutifs
Soins dentaires suite à un accident	80 %	Illimité
Injections sclérosantes	80 %	15 \$/visite et 10 visites/année civile
<u>Prothèses</u>		
• membres artificiels et oeil artificiel	80 %	Illimité
• prothèses capillaires suite à chimiothérapie	80 %	300 \$ / année civile
• prothèses mammaires externe suite à une mastectomie	80 %	500 \$ / année civile
<u>Aides à la mobilité et appareils orthopédiques</u>		
• fauteuil roulant	80 %	1 500 \$ viager
• béquilles, cannes, marchettes, plâtres, bandages herniaires, appareils orthopédiques, collets cervicaux et orthèses	80 %	Illimité
<u>Équipement médical</u>		
• lit d'hôpital	80 %	1 / 5 années civiles
• pompe à insuline	80 %	1 750 \$ / 60 mois consécutifs
• pompes de compression et vibromasseurs	80 %	1 / 5 années civiles
• moniteur d'apnée	80 %	1 / 5 années civiles
• appareils thérapeutiques	80 %	10 000 \$ viager
<u>Tests diagnostiques</u>		
• analyses de laboratoire, rayons X, électrocardiogrammes, tomographies par ordinateur, échographies et imagerie par résonance magnétique (IRM)	80 %	400 \$ / année civile
<u>Autres fournitures et services médicaux *</u>		
• oxygène	80 %	Illimité
• appareils pour l'administration d'oxygène	80 %	1 / 5 années civiles

* voir le texte du contrat pour la liste complète et les particularités de la couverture

GÉNÉRALITÉS

Franchise	Aucune
Pourcentage de remboursement	100 %
Assistance voyage	Incluse
Exonération des primes	Non
Fin de la garantie	75 ans (âge de l'adhérent) ou la retraite, si antérieure

COUVERTURE VOYAGE

	<u>Remboursement</u> <u>maximum</u>
Assurance médico-hospitalière	2 000 000 \$ par événement, par assuré
Durée de la protection par voyage	
• moins de 65 ans	Les 180 premiers jours du voyage *
• 65 à 69 ans incl.	Les 60 premiers jours du voyage *
• 70 ans et plus	Les 30 premiers jours du voyage *

* *l'assuré doit en tout temps demeurer couvert par le régime provincial*

À noter : Si votre voyage excède la limite de jours couverte en vertu de la présente garantie, nous vous recommandons fortement de souscrire avant votre départ une assurance individuelle d'assurance voyage pour les journées excédentaires qui ne seront pas couvertes en vertu de cette garantie.

GÉNÉRALITÉS

Franchise*	50 \$ par assuré, maximum 100 \$ par famille, par année civile
Guide des tarifs	Année courante
Examens de rappel	1 par 9 mois consécutifs
Exonération des primes	Non
Fin de la garantie	Retraite

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

CATÉGORIES DE SOINS DENTAIRES

	<u>Pourcentage du remboursement</u>	<u>Remboursement maximum global</u>
Soins préventifs	80 %	1 000 \$ / année civile
Soins de base		

Votre régime d'assurance collective en bref

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

Les différentes sections d'information reprennent, sous une forme simplifiée, les dispositions du contrat intervenu entre votre employeur et l'assureur. Vous trouverez dans la présente section des renseignements sur l'admissibilité et la participation au régime d'assurance, ainsi que l'information dont vous avez besoin pour utiliser la protection qui vous est offerte de façon optimale afin d'assurer votre sécurité et celle de votre famille.

Cette brochure et votre certificat d'assurance contiennent des renseignements importants. Veuillez donc les conserver dans un endroit sûr.

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

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

Mon adhésion au régime d'assurance collective est-elle obligatoire?

Oui. Vous devez adhérer à toutes les garanties d'assurance auxquelles vous êtes admissible en vertu de la catégorie d'adhérents à laquelle vous appartenez, en tenant compte également de votre statut familial.

Toutefois, vous pouvez obtenir **une exemption** pour la garantie d'assurance santé et la garantie d'assurance soins dentaires si vous démontrez à l'assureur que vous et vos personnes à charge êtes couverts en vertu du régime de votre conjoint. Si cette autre assurance se termine de façon **involontaire**, vous et vos personnes à charge redevenez admissibles au présent régime. Vous devez alors en faire la demande **dans les 31 jours** de la fin de l'autre assurance.

Quand devenez-vous admissible à l'assurance collective?

À titre d'employé permanent, vous êtes admissible à la protection d'assurance collective dès que vous complétez le délai d'admission mentionné au Sommaire des garanties. Pour participer au régime, vous devez remplir les formulaires d'assurance qui vous sont remis au moment où vous devenez admissible aux différents régimes.

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

Quelles sont les personnes à charge admissibles?

Vos personnes à charge admissibles sont :

- Votre **conjoint**, qui est la personne avec laquelle vous êtes marié, ou la personne que vous présentez comme votre conjoint et avec laquelle vous habitez depuis au moins un an, cette période d'un an n'étant pas applicable si un enfant est né de votre union.

Votre conjoint est celui qui est désigné sur votre demande d'adhésion et il demeure couvert par la suite, sauf s'il y a dissolution du mariage par divorce ou annulation ou si, en raison de l'échec de votre union, vous et votre conjoint de fait vivez séparément durant au moins **90 jours consécutifs**.

- Vos **enfants** célibataires entièrement à votre charge et
 - âgés de moins de 21 ans, ou
 - âgés de moins de 26 ans, s'ils sont étudiants dûment inscrits à temps plein dans un établissement dispensant un enseignement de l'ordre secondaire, collégial ou universitaire;
 - sans égard à l'âge, s'ils habitent avec vous et ont une déficience physique ou mentale permanente, survenue avant l'âge de 18 ans (ou 26 ans s'ils étaient étudiants) et ne reçoivent aucune allocation en vertu de la Loi sur la sécurité du revenu.

À noter : Pour l'**assurance vie de base des personnes à charge**, l'enfant doit être âgé d'au moins 24 heures.

Dois-je présenter une preuve d'assurabilité?

Vous devez présenter une preuve d'assurabilité

- pour tout montant d'assurance qui dépasse le montant sans preuve d'assurabilité indiqué au Sommaire des garanties;
- pour adhérer à l'assurance vie facultative ou pour en augmenter la protection à une date ultérieure;
- si votre demande d'adhésion ou celle de vos personnes à charge est présentée à l'assureur plus de 31 jours après la date d'admissibilité.

Comment devez-vous présenter les demandes de règlement?

Assurance santé - Hospitalisation

Si vous ou l'une de vos personnes à charge êtes hospitalisé, il vous suffit de présenter votre certificat d'assurance à l'hôpital au moment de l'admission. La demande sera directement acheminée aux bureaux de l'assureur par l'hôpital.

Assurance santé - Médicaments

Cette garantie comporte un mode de paiement direct par l'intermédiaire de la carte-médicaments CROIX BLEUE. Vous devez présenter votre carte au pharmacien et vous ne paierez alors que 5 \$ par médicament prescrit, de même que votre coassurance.

Vous n'avez donc aucune demande de règlement à présenter à l'assureur.

Assurance santé - Accident/maladie

Remplissez le formulaire de demande de règlement, joignez-y les originaux de vos reçus et faites parvenir le tout à l'assureur.

La demande de règlement dûment remplie doit être envoyée à l'assureur au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Référez-vous à votre formulaire de demande de règlement pour connaître l'adresse de la Croix Bleue locale où vous devez faire parvenir votre demande, ou communiquez avec le service à la clientèle au 1-888-873-9200.

Assurance santé - Voyage

Vous devez obtenir des factures détaillées pour les services que vous avez reçus (hospitaliers, médicaux ou autres) et présenter à l'assureur un certificat du médecin traitant attestant que les services faisant l'objet de la demande de règlement ont été rendus. L'assureur s'occupera de demander au régime gouvernemental concerné le remboursement de la partie des frais payables par ce dernier.

Vous pouvez obtenir les formulaires de demande de règlement auprès de l'assureur à l'adresse suivante :

Croix Bleue
Règlements/Assurance voyage
Case postale 910, Succursale B
Montréal (Québec) H3B 3K8

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

Assurance soins dentaires

Le traitement de la demande de règlement s'effectue électroniquement par l'intermédiaire du réseau CDAnet. Vous devez présenter votre certificat d'assurance à votre dentiste lors de vos visites. Deux modes de remboursement sont alors possibles selon le choix de votre dentiste :

- vous ne payez que votre franchise et votre coassurance (s'il y a lieu) et l'excédent des frais est payé au dentiste directement par l'assureur; ou
- vous payez au dentiste la somme totale exigée et vous recevez dans les jours qui suivent la portion des frais remboursables par votre régime.

Si toutefois votre dentiste ne peut utiliser le système électronique de transaction, il vous faut alors remplir un formulaire de demande de règlement pour soins dentaires et le soumettre à l'assureur. La demande de règlement dûment remplie doit être envoyée à l'assureur au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Référez-vous à votre formulaire de demande de règlement pour connaître l'adresse de la Croix Bleue locale où vous devez faire parvenir votre demande, ou communiquez avec le service à la clientèle au 1-888-873-9200.

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE, VEUILLEZ VOUS ADRESSER AU SERVICE À LA CLIENTÈLE DE LA CROIX BLEUE MEDAVIE AU NUMÉRO SUIVANT :

1-888-873-9200

UN PORTAIL INTERNET EST ÉGALEMENT DISPONIBLE POUR VOTRE PROGRAMME D'ASSURANCE COLLECTIVE, À L'ADRESSE SUIVANTE :

www.medavie.croixbleue.ca

CHOISISSEZ « pour les adhérents » ET AYEZ EN MAIN VOTRE CARTE D'IDENTIFICATION DE LA CROIX BLEUE (CARTE-MÉDICAMENTS). LES RENSEIGNEMENTS APPARAISSANT SUR VOTRE CARTE VOUS SERONT DEMANDÉS LORS DE VOTRE INSCRIPTION AU PORTAIL.

À noter : Aux fins des différentes garanties de votre régime d'assurance collective, vous et vos personnes à charge êtes considérés comme étant assurés en vertu des lois sur l'assurance-hospitalisation et sur l'assurance-maladie de votre province de résidence, et en aucun cas les sommes versées par l'assureur ne dépasseront celles qui l'auraient été si l'assuré avait été assuré en vertu de ces lois, sauf stipulation contraire.

Qui a accès aux renseignements confidentiels à mon sujet?

Les renseignements personnels qui seront transmis à l'assureur seront conservés dans votre dossier d'assurance auprès de Medavie inc. et La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada. Ces renseignements serviront uniquement à traiter vos demandes de règlement. Seuls les employés ou mandataires dûment autorisés par l'assureur auront accès à vos renseignements personnels dans la pratique courante de l'entreprise.

Sur demande écrite et avec un préavis de 30 jours, vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements contenus dans votre dossier et, s'il y a lieu, de demander une rectification selon les dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*. Veuillez adresser votre demande au :

Responsable de l'accès à l'information
Medavie inc. et
La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada
550, rue Sherbrooke Ouest
Montréal (Québec) H3A 6T6

Assurance vie

Le régime d'assurance vie vous offre, à un coût avantageux, une protection qui vous permet d'obtenir les montants d'assurance vie dont vous avez besoin pour répondre à vos besoins et à ceux de vos personnes à charge.

Assurance vie de base

Le montant assurable est indiqué au Sommaire des garanties.

La réduction de la protection d'assurance vie de base est indiquée au Sommaire des garanties. La protection prend fin à la cessation d'emploi ou à la retraite, selon la première échéance.

Assurance vie de base des personnes à charge

Si vous détenez une protection familiale, vos personnes à charge sont également assurées. Leur montant d'assurance vie est indiqué au Sommaire des garanties.

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

Assurance vie facultative

Vous pouvez souscrire un montant d'assurance vie facultative en multiples de votre salaire, selon les modalités décrites au Sommaire des garanties.

Votre protection d'assurance vie facultative prend fin à votre cessation d'emploi, à la date de votre retraite ou lorsque vous atteignez l'âge de **70 ans**, selon la première échéance.

Prestation pour maladie en phase terminale

Si l'on diagnostique chez vous une maladie en phase terminale susceptible d'entraîner votre décès en moins de 24 mois, une prestation anticipée équivalant au moins de 100 000 \$ ou de **50 %** du montant de votre Assurance vie de base peut être prélevée sur votre capital-décès et vous être versée. Vous pouvez utiliser cette somme comme vous l'entendez.

Le médecin traitant doit présenter à l'assureur un certificat médical satisfaisant et vous devez répondre aux critères requis pour être admissible à l'exonération des primes faisant partie de certaines garanties du contrat. Il est également convenu que la prestation de décès anticipée sera déduite du montant d'assurance vie de base qui sera versé à votre bénéficiaire au moment de votre décès.

Versement des indemnités

En cas de décès, l'assureur versera le montant de votre assurance vie de base et de votre assurance vie facultative, s'il y a lieu, à votre bénéficiaire désigné. C'est vous qui êtes le bénéficiaire de l'assurance vie de vos personnes à charge.

À noter : Votre désignation de bénéficiaire pour la garantie vie du contrat antérieur a été transférée dans le présent régime.

Exclusion : suicide (applicable à l'assurance vie facultative seulement)

Si vous décédez des suites d'un suicide, ou d'une tentative de suicide au cours des **24 mois** qui suivent l'entrée en vigueur de **l'assurance vie facultative ou de toute augmentation du montant d'assurance vie facultative**, l'assurance ou l'augmentation de cette assurance ne sera pas payée. Dans ce cas, la responsabilité de l'assureur sera limitée au remboursement des primes versées.

Droit de transformation

Si votre assurance vie se termine pour l'un des motifs énumérés ci-dessous, qui se produisent à **votre 65^e anniversaire de naissance ou avant cette date**, vous pouvez demander, dans **les 31 jours** suivant la fin de votre assurance, de transformer votre couverture d'assurance vie collective en assurance individuelle, sans avoir à présenter aucune preuve d'assurabilité, sous réserve des dispositions mentionnées ci-dessous pour les adhérents du Québec et hors Québec.

Les motifs de transformation sont les suivants : votre départ à la retraite, la fin de votre emploi ou de votre appartenance au groupe, la résiliation du contrat d'assurance ou la résiliation de l'assurance de la catégorie d'adhérents à laquelle vous appartenez.

Le droit de transformation s'applique également aux réductions prévues ou à la fin des garanties qui se produisent à des âges précis, sans toutefois excéder l'âge de 65 ans.

La transformation est assujettie aux conditions du contrat et la prime de l'assurance individuelle sera calculée selon l'échelle en vigueur chez l'assureur à la date à laquelle l'assurance individuelle doit entrer en vigueur, selon le montant de l'assurance, votre âge et la catégorie de risques à laquelle vous appartenez à ce moment.

Montant d'assurance vie qui peut être transformé

1. Si vous résidez au Québec

Le montant d'assurance vie transformé pour vous-même doit être d'au moins **10 000 \$** et ne peut excéder **le plus petit des montants suivants** :

- a) votre montant total d'assurance vie (incluant votre assurance vie facultative, s'il y a lieu) qui se termine dans votre régime d'assurance collective; ou
- b) 400 000 \$.

Votre **conjoint et vos enfants à charge** peuvent également demander la transformation de leur assurance collective en assurance individuelle, dans les 31 jours de la fin de leur assurance pour un des motifs décrits ci-dessus, ou dans les 31 jours suivant la date à laquelle votre conjoint ou vos enfants cessent de répondre à la définition de personne à charge admissible dans votre régime d'assurance collective.

Le montant d'assurance vie transformé pour chacune des personnes à charge doit être **d'au moins 5 000 \$** et ne doit pas dépasser le moindre de leur montant total d'assurance vie collective à la date de résiliation et 400 000 \$.

2. Si vous résidez hors Québec

Le montant d'assurance vie transformé ne peut excéder **le plus petit des montants suivants** :

- a) votre montant total d'assurance vie (incluant votre assurance vie facultative, s'il y a lieu) qui se termine dans votre régime d'assurance collective; ou
- b) 200 000 \$.

Votre **conjoint** peut également demander la transformation de son assurance collective en assurance individuelle, dans les 31 jours de la fin de votre propre assurance pour un des motifs décrits ci-dessus, ou dans les 31 jours suivant la date à laquelle il cesse de répondre à la définition de conjoint admissible dans votre régime d'assurance collective.

Le montant d'assurance vie transformé pour votre conjoint ne doit pas dépasser le moindre de son montant total d'assurance vie collective à la date de la résiliation, ou 200 000 \$.

Le droit de transformation ne s'applique pas à l'assurance des enfants à charge.

Assurance salaire de courte durée

Si vous devez vous absenter de votre travail en raison d'un accident ou d'une maladie, vous avez droit à des prestations pour chaque journée d'invalidité totale, jusqu'à concurrence du nombre de semaines indiqué au Sommaire des garanties. Les prestations sont versées à compter de l'expiration du délai de carence, qui est le nombre de jours consécutifs au début de l'invalidité pour lequel aucune prestation n'est versée en vertu du contrat. Le délai de carence est indiqué au Sommaire des garanties.

Les prestations sont versées chaque semaine. Le délai de carence est exprimé en jours civils. Toutefois, la prestation d'invalidité totale étant payable sur une base de jours ouvrables, la prestation pour chaque jour ouvrable d'invalidité totale est égale à 1/5 de la prestation hebdomadaire.

Définition d'invalidité totale

Aux fins de l'assurance salaire de courte durée, l'invalidité totale signifie tout état d'incapacité, résultant d'un accident ou d'une maladie, exigeant des soins médicaux continus dès le début de l'invalidité et qui vous empêche d'accomplir toutes les tâches habituelles de votre fonction principale, sans exception.

Congé de maternité

Aux fins de l'assurance salaire de courte durée, un congé de maternité désigne toute période d'absence au travail en raison d'une grossesse au sens de toute loi sur les normes du travail applicable dans votre province de résidence. Le congé de maternité est une combinaison de congé relié à la santé et de congé volontaire. La portion du congé de maternité reliée à la santé est la période débutant le jour de l'accouchement et dure au moins 6 semaines (8 semaines dans le cas d'une césarienne). Le reste du congé de maternité est un congé volontaire.

Rechute

Deux périodes successives d'invalidité attribuables à la même cause ou à des causes connexes et séparées par **une période de moins de deux semaines** consécutives de travail à temps plein sont considérées comme une même période d'invalidité. Des périodes successives d'invalidité de causes entièrement différentes sont aussi considérées comme une même période d'invalidité si, au moment où débute la seconde, vous n'avez pas repris le travail que vous effectuiez avant le début de la première invalidité pendant au moins un jour entier.

Lorsque des périodes successives d'invalidité sont considérées comme une seule et même période, vous n'avez pas à compléter un nouveau délai de carence. Les prestations continuent pour la durée non courue de la période maximale prévue au Sommaire des garanties.

Réduction des prestations

Les prestations hebdomadaires sont réduites d'un montant égal aux indemnités auxquelles vous êtes admissible :

- en vertu de la Loi sur les accidents de travail ou toute autre loi semblable;
- par tout régime provincial d'assurance automobile qui ne prend pas en compte les prestations versées par la Commission de l'assurance-emploi dans le versement de ses indemnités;
- en vertu de toute loi ou régime versant des prestations de maternité, et ce, durant la portion du congé de maternité reliée à la santé, tel que défini dans la présente garantie;
- en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, à l'exclusion des prestations pour les enfants et de tout montant accordé en guise de rajustement en fonction du coût de la vie;
- à titre d'indemnité de remplacement de revenu en vertu de toute autre loi fédérale ou provinciale;
- en vertu de tout revenu ou de tout régime d'avantages sociaux établi par l'employeur, tels que définis dans la Loi de l'impôt sur le revenu;
- toute prime de séparation ou tout paiement pour congédiement injustifié.

Les prestations hebdomadaires sont réduites même si vous négligez ou refusez de vous prévaloir de vos droits en vertu des lois et régimes énoncés ci-dessus.

Par ailleurs, aucune prestation n'est payable au cours des périodes suivantes :

- la période durant laquelle vous êtes en vacances rémunérées;
- la période durant laquelle vous recevez ou avez le droit de recevoir une rémunération de votre employeur;
- période durant laquelle vous recevez des prestations de maternité ou parentales en vertu de toute loi provinciale ou fédérale, ou prenez un congé de maternité, parental ou familial conformément à toute loi provinciale ou fédérale, ou toute entente entre vous et votre employeur, sous réserve de l'exception suivante :
 - les prestations d'assurance salaire de courte durée sont versées pendant la portion du congé de maternité reliée à la santé lorsque requis par toute loi applicable, que la protection de l'adhérent soit demeurée en vigueur ou non pendant la période d'absence. Toutefois, tel que prévu dans le présent contrat, les prestations payables par l'assureur à l'égard de cette période sont alors réduites de toutes autres prestations de maternité payables en vertu de tout autre régime public ou privé.

Enfin, aucune prestation n'est payable si l'invalidité résulte directement ou indirectement de l'une ou l'autre des causes suivantes :

- blessure volontaire, peu importe votre état d'esprit au moment de l'incident;
- blessure subie lors de votre participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, sauf dans l'accomplissement de vos fonctions;

- blessure subie durant une guerre, déclarée ou non;
- soins médicaux ou chirurgicaux d'ordre esthétique, sauf si les soins esthétiques sont fournis par suite d'un accident survenu pendant que vous étiez couvert en vertu du présent contrat;
- blessure subie durant la conduite d'un véhicule motorisé alors que vous étiez sous l'influence de stupéfiants ou que la concentration d'alcool dans votre sang excédait la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada.

De façon générale, aucune prestation d'invalidité de courte durée n'est payable si l'invalidité débute durant un congé sans solde autorisé, une mise à pied temporaire, une suspension disciplinaire sans solde ou un emprisonnement.

Par contre, si l'invalidité survient au cours d'un congé de maternité volontaire, d'un congé parental ou d'un congé familial et à la condition que la garantie ait été maintenue en vigueur et que les primes aient été versées à l'assureur durant la période d'absence, le délai de carence débutera le premier jour de l'invalidité, mais les prestations ne pourront être versées avant l'expiration de ce délai de carence, ni avant la date prévue de retour au travail, tel que spécifié par écrit à l'assureur avant le début de l'absence.

Programme de réadaptation

Pendant que vous recevez des prestations d'assurance salaire de courte durée, l'assureur pourrait vous demander de prendre part à un programme d'emploi de réadaptation.

- a) L'invalidité totale ne sera pas réputée avoir pris fin pour la seule raison que vous participez à ce programme.
- b) Si, à cause de votre invalidité, vous êtes incapable de compléter votre programme de réadaptation, vos prestations seront ramenées au montant que vous receviez avant le début du programme de réadaptation.
- c) Tant que vous participez à ce programme, l'assureur réduira ses prestations hebdomadaires dans la mesure nécessaire pour que votre revenu total provenant de toutes sources n'excède pas 100 % du revenu que vous gagniez avant votre invalidité.

Perte du droit aux prestations

Votre droit de recevoir des prestations sera révoqué à la première des éventualités suivantes :

- la fin d'une période de 15 semaines de prestations;
- le refus de vous soumettre à un examen médical demandé par l'assureur;
- l'incapacité de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de la persistance de l'invalidité;
- l'occupation d'un emploi rémunérateur (sauf un programme de réadaptation);
- la date à laquelle vous prenez votre retraite;

- lorsque la durée maximale des prestations est atteinte, conformément au Sommaire des garanties; ou
- le refus de participer à un programme de réadaptation qui vous est approprié.

Fin de la protection

La protection d'assurance salaire de courte durée prend fin à la cessation d'emploi ou à la retraite, selon la première échéance.

Toutefois, si vous êtes invalide au moment où vous atteignez 70 ans, vos prestations seront versées jusqu'à concurrence de 15 semaines. Par exemple, si vous recevez des prestations depuis 10 semaines au moment où vous atteignez 70 ans, les prestations se poursuivront pendant 5 semaines, puis prendront fin.

Assurance salaire de longue durée

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

Définition d'invalidité totale

L'invalidité totale est définie comme étant :

- pendant le délai de carence et la période de **60 mois** qui suit immédiatement la fin du délai de carence, l'état d'incapacité totale et continue, résultant d'un accident ou d'une maladie, qui vous empêche d'accomplir les *tâches habituelles* de votre fonction principale, sans exception; et
- par la suite, l'état d'incapacité totale et continue, résultant d'un accident ou d'une maladie, qui vous empêche de vous livrer à tout travail :
 - qui vous permettrait de gagner au moins 60 % de votre salaire brut avant le début de l'invalidité totale; et
 - qui soit compatible avec votre formation, votre éducation et votre expérience.

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

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

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

Congé de maternité

Aux fins de l'assurance salaire de longue durée, un congé de maternité désigne toute période d'absence au travail en raison d'une grossesse au sens de toute loi sur les normes du travail applicable dans votre province de résidence. Le congé de maternité est une combinaison de congé relié à la santé et de congé volontaire. La portion du congé de maternité reliée à la santé est la période normale de rétablissement après un accouchement, qui est jugée raisonnable et appropriée par Croix Bleue. Le reste du congé de maternité est un congé volontaire.

Rechute

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

Lorsque des périodes successives d'invalidité sont considérées comme une seule et même période, vous n'avez pas à compléter un nouveau délai de carence. Les prestations continuent pour la durée non courue de la période maximale prévue au Sommaire des garanties.

Programme de réadaptation

Pendant que vous recevez des prestations d'assurance salaire de longue durée, l'assureur pourrait vous demander de prendre part à un programme de réadaptation.

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

Exclusions et réduction de la garantie

Réduction des prestations

Les prestations mensuelles peuvent faire l'objet de deux sortes de réduction : directe et indirecte, tel qu'expliqué ci-après.

1. Réduction directe

Les prestations mensuelles sont réduites des montants suivants auxquels vous avez droit pour vous-même (à l'exclusion des prestations pour les enfants) :

- toute prestation d'invalidité payable en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada;
- tout revenu payable en vertu de toute Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles ou de toute autre loi semblable;
- tout revenu payable en vertu de toute loi ou régime versant des prestations de maternité, et ce, durant la portion du congé de maternité reliée à la santé, tel que défini dans la présente brochure;
- toute prestation de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime provincial d'assurance automobile, s'il y a lieu;

- toute prestation d'invalidité payable en vertu de tout régime de retraite privé;
- toute prestation en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi du Canada;
- tout revenu payable en vertu de toute autre loi fédérale ou provinciale.

2. Réduction indirecte (coordination des prestations)

- Si le montant des prestations mensuelles payables en vertu de la présente garantie, ou
- si la somme des prestations mensuelles payables (après réduction directe en vertu de l'alinéa précédent, s'il y a lieu) et des montants suivants :
 - tout revenu provenant d'un régime d'avantages sociaux établi par l'employeur;
 - toute prestation d'invalidité provenant d'un régime d'assurance collective fourni par un employeur ou une association;
 - toute prestation d'invalidité payable en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, à l'exclusion des prestations pour les enfants;
 - tout revenu provenant d'un régime d'avantages sociaux établi conformément à toute loi provinciale ou fédérale, y compris les sources de revenus mentionnées à l'alinéa 1) (à l'exclusion de tout montant accordé en guise de rajustement en fonction du coût de la vie);
 - toute prestation d'invalidité payable en vertu de toute Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles ou d'une loi semblable ou d'un autre régime public, à l'exclusion des prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi;
 - toute indemnité de remplacement du revenu payable en vertu de tout régime provincial d'assurance automobile, s'il y a lieu;
 - toute prestation d'invalidité payable par un régime de retraite privé, à l'exclusion de tout montant accordé en guise de rajustement en fonction du coût de la vie

excède 85 % de votre revenu avant le début de l'invalidité, les prestations mensuelles payables en vertu de la présente garantie sont réduites de façon à ce que ce pourcentage ne soit pas dépassé.

Toutefois, le montant de toute augmentation sur les prestations d'invalidité payables en vertu des lois et des régimes énoncés ci-dessus, accordé en guise de rajustement en fonction du coût de la vie, ne fait pas l'objet de la présente clause de réduction.

Les prestations mensuelles seront réduites même si vous négligez ou refusez de vous prévaloir de vos droits en vertu des lois et régimes énoncés ci-dessus.

Conditions limitant le versement des prestations

Si l'invalidité totale résulte directement d'alcoolisme ou de toxicomanie, les prestations ne sont payées que si vous êtes en cure fermée de désintoxication et sous surveillance médicale.

De plus, aucune prestation n'est payable au cours de la période durant laquelle vous recevez des prestations de maternité ou parentales en vertu de toute loi provinciale ou fédérale, ou prenez un congé de maternité, parental ou familial conformément à toute loi provinciale ou fédérale, ou toute entente entre vous et votre employeur, sous réserve de l'exception suivante :

- les prestations d'assurance salaire de longue durée sont versées pendant la portion du congé de maternité reliée à la santé lorsque requis par toute loi applicable, que la protection de l'adhérent soit demeurée en vigueur ou non pendant la période d'absence. Toutefois, tel que prévu dans le présent contrat, les prestations payables par l'assureur à l'égard de cette période sont alors réduites de toutes autres prestations de maternité payables en vertu de tout autre régime public ou privé.

Si l'invalidité survient au cours d'un congé de maternité volontaire, d'un congé parental ou d'un congé familial et à la condition que la garantie ait été maintenue en vigueur et que les primes aient été versées à l'assureur durant la période d'absence, le délai de carence débutera le premier jour de l'invalidité, mais les prestations ne pourront être versées avant l'expiration de ce délai de carence, ni avant la date prévue de retour au travail, tel que spécifié par écrit à l'assureur avant le début de l'absence.

Enfin, aucune prestation n'est payable si l'invalidité résulte directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :

- blessure volontaire, peu importe votre état d'esprit au moment de l'incident;
- blessure subie lors de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, sauf dans l'accomplissement de vos fonctions;
- blessure subie durant une guerre;
- soins médicaux ou chirurgicaux d'ordre esthétique, sauf si les soins esthétiques sont fournis par suite d'un accident survenu pendant que l'adhérent était couvert en vertu du présent contrat;
- blessure subie durant la conduite d'un véhicule motorisé alors que l'adhérent était sous l'influence de stupéfiants ou que la concentration d'alcool dans son sang excédait la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada.

Perte du droit aux prestations

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

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

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

Fin de la protection

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

Assurance santé - Médicaments

Cette assurance couvre les frais de médicaments pour vous ou pour vos personnes à charge à la suite d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident, sous réserve de la franchise et du pourcentage de remboursement indiqués au Sommaire des garanties. Les frais de médicaments doivent être engagés au Canada.

Applicable aux résidents du Québec

Lorsque, dans toute année civile, vous avez déboursé (en franchise et en coassurance, le cas échéant) la somme équivalant à la contribution maximale fixée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), que ce soit pour vous-même ou pour vos personnes à charge, les montants déboursés ultérieurement dans cette même année civile pour des médicaments admissibles sont remboursables à 100 % par l'assureur.

Franchise

La franchise est la partie des frais admissibles que vous devez payer pour vous ou vos personnes à charge avant que l'assureur ne commence à rembourser les frais admissibles en vertu du contrat. La franchise s'applique par médicament prescrit.

Frais admissibles

- 1) La **liste régulière** de l'assureur comprend les frais usuels et raisonnables de médicaments ou de produits achetés au Canada et dispensés par un pharmacien (ou par un médecin ou un dentiste autorisés dans une localité où il n'y a pas de pharmacien), qui ne peuvent s'obtenir que sur l'ordonnance écrite d'un médecin, d'un dentiste ou d'un podiatre, qui sont utilisés en cas de grossesse, de maladie ou d'accident et dont la quantité ne dépasse pas une provision de 100 jours.

Le médicament ou produit prescrit doit être commercialisé en vertu du règlement sur les aliments et drogues de la loi canadienne, doit porter un numéro d'identification DIN (Drug Identification Number) et doit être utilisé conformément aux indications officielles pour lesquelles il est autorisé.

Sont également inclus :

- les médicaments pouvant être injectés et sérum prescrits par un médecin dans le but de traiter une maladie;
- les vaccins préventifs, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties;
- les hormones de croissance (pour les assurés de moins de 18 ans);
- les produits anesthésiants administrés lors d'une intervention qui n'a pas lieu dans un hôpital;
- les seringues, les aiguilles, les dispositifs à lancettes, les aiguilles pour stylo-injecteur, les fournitures d'analyse d'urine, les tampons alcoolisés, les bâtonnets réactifs destinés au contrôle du diabète ainsi que la chambre de retenue et l'inhalateur.

- 2) Certains médicaments qui sont nécessaires à la survie de l'assuré ou au traitement d'une maladie chronique clairement diagnostiquée, principalement dans les cas de troubles cardiaques, troubles pulmonaires, diabète, arthrite, maladie de Parkinson, épilepsie, fibrose kystique et glaucome. Une demande de règlement peut alors être soumise avec, à l'appui, une ordonnance et une déclaration écrite du médecin indiquant le diagnostic et la période pour laquelle les médicaments sont prescrits.

Avis important

Pour les résidents du Québec, la présente garantie doit, en tout temps, inclure les médicaments et produits payables en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments, tels qu'inscrits sur la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et fournis par un pharmacien sur l'ordonnance d'un médecin, d'un résident en médecine, d'un dentiste ou d'un podiatre.

Certains de ces médicaments ne sont toutefois couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par règlement, entre autres dans le cas des médicaments d'exception.

De plus, les médicaments couverts en vertu de la liste de l'assureur, tels que décrits ci-dessus, doivent faire partie de la liste dressée et maintenue à jour par l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (A.Q.P.P.).

Frais non remboursés par le régime

Les frais reliés aux produits et aux médicaments suivants ne sont pas remboursés par le régime :

- les produits pour l'entretien des lentilles cornéennes;
- les contraceptifs autres qu'oraux;
- les protéines ou suppléments diététiques, les acides aminés;
- les préparations alimentaires pour nourrissons;
- les produits de toilette, y compris les savons et les émoullients;
- les substances adoucissantes et protectrices pour la peau;
- les produits pour cesser de fumer (pour les résidents du Québec : seulement l'excédent des frais admissibles payables en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments est exclu);
- les minéraux;
- les produits homéopathiques;
- les stimulants pour la pousse des cheveux;
- les médicaments contre la stérilité (pour les résidents du Québec : seulement l'excédent des frais admissibles payables en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments est exclu);
- les médicaments servant à traiter les troubles de la fonction érectile, ainsi que tous les stimulants sexuels;

- les stéroïdes anabolisants;
 - les médicaments et les injections reliés à des traitements amaigrissants;
 - les médicaments administrés à des fins expérimentales;
 - les médicaments et les matériaux utilisés en chirurgie (sauf les produits anesthésiants indiqués dans les **Frais admissibles** de la présente garantie);
 - les médicaments ou les formes de médicaments visant essentiellement à améliorer la qualité de la vie et n'ayant pas d'indication thérapeutique;
 - les rince-bouche, les pansements, les sirops et les pastilles *;
 - les shampooings, les huiles et les crèmes *;
 - les vitamines ou multivitamines *;
 - les suppléments ou les vitamines prénataux *.
- * Ces produits sont toutefois couverts lorsqu'ils ne peuvent être obtenus que sur l'ordonnance d'un médecin, comme l'exige Santé Canada.

De plus, les services suivants ne sont pas couverts :

- les frais engagés en raison d'une maladie ou d'un accident couvert par une commission de la santé et de la sécurité au travail ou un régime d'assurance automobile, le cas échéant;
- les services, les soins ou les produits que l'assuré reçoit gratuitement.

Dispositions applicables aux résidents du Québec

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

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

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

Si, à soixante-cinq (65) ans, vous décidez d'adhérer au régime de la RAMQ, vous et vos personnes à charge, quel que soit leur âge, n'êtes plus admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance collective pour les médicaments couverts par le régime public de la RAMQ.

De même, si votre conjoint décide, à soixante-cinq (65) ans, d'adhérer au régime de la RAMQ, il ne sera plus admissible à des prestations en vertu du régime d'assurance collective pour les médicaments couverts par le régime public de la RAMQ.

Toutefois, si vous et vos personnes à charge bénéficiez de la couverture de base du régime de la RAMQ, vous conservez la couverture complémentaire du régime d'assurance collective telle que décrite ci-dessous, sous réserve de la franchise et du pourcentage de remboursement mentionnés au Sommaire des garanties pour les médicaments :

1. la franchise et la coassurance déboursées par l'assuré en vertu du régime de la RAMQ; et
2. tous les médicaments qui n'apparaissent pas sur la liste du régime public, mais qui sont couverts dans la liste de l'assureur.

Décision de se désister de la RAMQ à 65 ans

Lorsque vous ou votre conjoint atteignez l'âge de soixante-cinq (65) ans, la RAMQ vous inscrit automatiquement comme bénéficiaire de son régime d'assurance médicaments. À l'âge de soixante-cinq (65) ans, vous et votre conjoint **devez donc annuler votre inscription** au régime de la RAMQ pour conserver une pleine couverture des médicaments en vertu du régime d'assurance collective.

Toute modalité relative à la prime, s'il y a lieu, est indiquée dans le tableau des primes remis au preneur ou, après la date d'entrée en vigueur du contrat, dans les conditions de renouvellement des taux émises par l'assureur.

Prolongation de l'assurance après la cessation

Si vous êtes totalement invalide ou si une de vos personnes à charge est hospitalisée à la date à laquelle votre assurance prend fin pour une raison autre que la résiliation du contrat, des remboursements seront effectués comme si l'assurance n'avait pas pris fin à l'égard de cette personne, relativement à tous les frais admissibles engagés par suite de cette invalidité ou hospitalisation avant la première des dates suivantes :

- la date à laquelle votre invalidité totale prend fin;
- la date à laquelle la personne à charge n'est plus hospitalisée;
- le 91^e jour qui suit la date à laquelle votre assurance prend fin;
- la date de cessation de la présente garantie.

Fin de la protection

La garantie médicaments prend fin à votre retraite ou à votre cessation d'emploi, selon la première échéance. La protection des personnes à charge admissibles prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

Assurance santé - Accident/maladie

Cette assurance couvre les frais admissibles engagés pour vous ou pour vos personnes à charge à la suite d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident, sous réserve de la franchise et du pourcentage de remboursement applicables à chaque catégorie de services, le tout tel qu'indiqué au Sommaire des garanties. Les frais doivent être engagés au Canada (sauf pour Patients dirigés hors Canada).

Franchise

Aucune franchise n'est applicable à l'Assurance santé - Accident/maladie.

Frais admissibles

Les frais doivent être :

- usuels et raisonnables;
- nécessaires du point de vue médical; et
- préalablement recommandés par un médecin, sauf indication contraire.

Les honoraires des paramédicaux sont payables seulement lorsque les soins sont fournis par des professionnels qui sont membres en règle de leur ordre professionnel et qui exercent dans les limites de leur compétence au sens de la loi. Si, pour un professionnel donné, il n'existe aucun ordre professionnel, il doit alors être membre en règle d'un regroupement reconnu et accepté par l'assureur et prodiguer des soins et des traitements dans les limites de sa compétence.

HOSPITALISATION

• Soins actifs

Les frais d'hospitalisation d'un assuré qui est admis pour **soins actifs** dans un hôpital ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de son assurance, tant qu'il a droit à des soins assurés par la Régie de l'assurance-maladie de sa province de résidence, et sous réserve du type de chambre spécifié au Sommaire des garanties;

• Convalescence ou réadaptation physique

Les frais pour un séjour dans un hôpital de convalescence ou de réadaptation physique, si l'assuré y est admis moins de **14 jours** après avoir obtenu son congé d'un hôpital où il recevait des soins actifs, sous réserve du type de chambre et de la durée maximale par période d'hospitalisation spécifiés au Sommaire des garanties.

PATIENTS DIRIGÉS HORS CANADA

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

Frais admissibles

Services hospitaliers

Chambre d'hôpital, soins intensifs, soins infirmiers, salles d'opération et salles de réveil, services diagnostiques (incluant les frais de laboratoires et les radiographies), oxygène et sang, médicaments sur ordonnance (incluant les solutions intraveineuses), physiothérapie.

Médecins et chirurgiens

Les honoraires de médecins et de chirurgiens.

Services ambulanciers

Frais de services ambulanciers requis afin de transporter un patient sur civière en direction ou en provenance de l'établissement médical le plus proche pouvant administrer les soins essentiels.

Accompagnateur dans l'ambulance

Frais de déplacement d'un infirmier autorisé ou d'un préposé médical accompagnant l'assuré dans l'ambulance (n'ayant aucun lien de parenté avec ce dernier), lorsque médicalement nécessaire et sur approbation préalable de l'assureur.

Exclusions et restrictions spécifiques

- La référence hors Canada doit être justifiée sur le plan médical et ne doit pas porter sur des services disponibles au Canada, tels que déterminés par l'assureur;
- L'autorisation préalable de l'assureur doit avoir été obtenue;
- Les frais admissibles sont les frais usuels et raisonnables qui s'appliquent dans la région où les services sont rendus;
- Tous les services doivent être rendus dans le cadre d'un traitement actif rendu par un médecin;
- Aucune prestation n'est payable pour le traitement d'une maladie ayant débuté dans les **12 mois** de la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur à l'égard de l'assuré et pour laquelle ce dernier a reçu un traitement médical ou pour laquelle des médicaments lui ont été prescrits dans les **12 mois** précédant la date d'entrée en vigueur de cette assurance;
- Les services fournis à l'extérieur du Canada ne doivent pas être à titre expérimental ou aux fins de recherche;
- La présente garantie exclut les soins non disponibles en raison de listes d'attentes ou de traitements refusés par un médecin au Canada;
- Pour être admissibles, les frais décrits ci-dessus doivent être en partie remboursables par la Régie de l'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré.

FOURNITURES ET SERVICES MÉDICAUX

- **Soins infirmiers**

Les services d'un infirmier autorisé (ou d'un infirmier auxiliaire si un infirmier autorisé n'est pas disponible) qui n'est pas un membre de la famille de l'assuré et qui ne réside pas avec lui, lorsque les services sont rendus au domicile de l'assuré et ne sont pas principalement des soins de garde, sous réserve du remboursement maximum global spécifié au Sommaire des garanties.

- **Service ambulancier**

Les frais de transport par ambulance en direction et en provenance de l'hôpital qui peut assurer les soins d'urgence dont l'assuré a besoin, incluant le transport aérien ou ferroviaire au Canada. Les circonstances médicales ayant nécessité le transport en ambulance doivent être communiquées à l'assureur au moment de la demande de règlement et peuvent remplacer la recommandation médicale du médecin s'il était alors impossible de l'obtenir compte tenu de l'urgence de la situation.

- **Chaussures orthopédiques**

L'achat et la réparation de chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure et d'attelles de Denis Browne, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties. L'achat doit être effectué auprès d'un fournisseur autorisé à vendre de tels articles par le ministère provincial de la santé et des services sociaux. Les chaussures orthopédiques préfabriquées avec des additions ou modifications sont également admissibles.

Exclusion spécifique

Les frais d'achat de chaussures normales faisant partie de l'inventaire courant et de chaussures profondes sont exclus.

- **Orthèses podiatriques**

L'achat d'orthèses podiatriques pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties. L'achat doit être effectué auprès d'un fournisseur autorisé à vendre de tels articles par le ministère provincial de la santé et des services sociaux.

- **Bas de contention**

L'achat de bas de contention, sous réserve du nombre maximum de paires spécifié au Sommaire des garanties.

- **Prothèses**

- Les frais d'achat et la réparation de membres artificiels (incluant le bras myoélectrique) et d'yeux artificiels;
- Les frais d'achat de prothèses capillaires requises à la suite d'une chimiothérapie, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties;
- Les frais d'achat de prothèses mammaires externes requises à la suite d'une mastectomie totale ou radicale, y compris l'achat de deux soutiens-gorge chirurgicaux, sous réserve du montant maximum admissible global spécifié au Sommaire des garanties.

- **Prothèses auditives**
Les frais d'achat et de réparation de prothèses auditives, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties.
- **Stérilet**
Les frais d'achat d'un stérilet, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties.
- **Neurostimulateur transcutané (TENS)**
Les frais de location ou d'achat (au choix de l'assureur) d'un neurostimulateur transcutané, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties.
- **Glucomètre**
Les frais d'achat d'un glucomètre, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties.
- **Injections sclérosantes à des fins médicales**
Seul le coût du médicament injecté est couvert, et le montant maximum admissible par visite et le nombre maximum de visites par année civile sont spécifiés au Sommaire des garanties.
- **Aides à la mobilité et appareils orthopédiques**
 - Les frais de location ou d'achat (au choix de l'assureur) d'un fauteuil roulant (incluant les coussins et les insertions), les frais d'achat d'une plaque-support de roue ajustable, et les frais de réparations, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties. **L'assuré doit obtenir l'approbation préalable de l'assureur avant tout achat ou location, à défaut de quoi la demande de règlement peut être rejetée;**
 - Les frais d'achat ou de location de béquilles, de cannes et de marchettes, ainsi que les frais d'achat de plâtres, de bandages herniaires, d'appareils orthopédiques, de collets cervicaux et d'orthèses. L'achat d'orthèses et d'appareils orthopédiques doit être effectué auprès d'un fournisseur autorisé à vendre de tels articles par le ministère provincial de la santé et des services sociaux.
- **Tests diagnostiques**
Lorsqu'ils sont jugés nécessaires pour le traitement d'une maladie ou à la suite d'un accident ou, s'il y a lieu, pour un bilan de santé, sous réserve du montant maximum admissible global spécifié au Sommaire des garanties :
 - les frais d'analyses de laboratoire, de radiographies, d'électrocardiogrammes, de tomographies par ordinateur (CT Scans), d'échographies et d'imagerie par résonance magnétique (IRM);
 - les traitements au radium ou aux rayons X.

- **Équipement médical**

L'assuré doit obtenir l'approbation préalable de l'assureur avant tout achat ou toute location, à défaut de quoi la demande de règlement peut être refusée.

- Les frais de location ou d'achat (au choix de l'assureur) d'un lit d'hôpital manuel standard pour patient alité, jusqu'à concurrence du coût d'un lit manuel standard et sous réserve de la limite et de la fréquence spécifiées au Sommaire des garanties;
- Les frais d'achat de pompes à insuline, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties;
- Les frais d'achat de pompes de compression et de vibromasseurs, sous réserve de la limite et de la fréquence spécifiées au Sommaire des garanties;
- Les frais d'achat ou de location de moniteurs d'apnée pour les dysrythmies respiratoires, sous réserve de la limite et de la fréquence spécifiées au Sommaire des garanties;
- Les frais de location ou d'achat (au choix de l'assureur) d'appareils thérapeutiques couramment utilisés selon les normes du fabricant et reconnus spécifiquement pour le traitement immédiat d'une condition pathologique à la suite d'une maladie ou d'un accident, sous réserve du montant maximum admissible global spécifié au Sommaire des garanties. Cette catégorie d'appareils comprend entre autres les stimulateurs de consolidation de fracture, les appareils d'aérosolthérapie, les pompes à gavage et les respirateurs à pression positive intermittente.

- **Autres fournitures et services médicaux**

- Les frais d'oxygène et la location ou l'achat d'appareils en vue de son administration. L'achat d'appareils est sous réserve de la limite et de la fréquence spécifiées au Sommaire des garanties. L'assuré doit obtenir l'approbation préalable de l'assureur avant tout achat ou toute location, à défaut de quoi la demande de règlement peut être rejetée;
- Les frais d'achat de fournitures pour personnes stomisées, ainsi que d'un larynx artificiel;
- Les frais d'achat de vêtements compressifs pour brûlures majeures;
- Les frais d'achat de pansements médicamenteux;
- Les frais d'achat de fournitures reconnues nécessaires pour le traitement et l'entretien des paraplégiques;
- Les frais d'achat de fournitures médicales servant au gavage;
- Les frais d'achat d'une lunette opaque requise lors d'un traitement de radiothérapie ou contre le psoriasis.

- **Soins dentaires requis en raison d'un accident**

Les services d'un dentiste requis pour la réparation et le remplacement de dents naturelles saines, par suite d'un coup accidentel reçu pendant que la personne est assurée, et non pas par suite de l'introduction volontaire ou non d'un aliment ou d'un objet dans la bouche, à condition que les soins soient rendus ou qu'un plan de traitement satisfaisant soit soumis à l'assureur dans les 12 mois suivant la date de l'accident. Aucun remboursement n'est accordé pour des soins reçus plus de deux ans après la date de l'accident.

Les montants admissibles sont établis selon le Guide des tarifs et nomenclature des actes buccodentaires approuvé par l'Association des chirurgiens dentistes de la province de résidence de l'assuré. Le remboursement maximum par accident est spécifié au Sommaire des garanties.

SOINS DE LA VUE

- **Examen de la vue**

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

- **Lunettes, verres de contact et chirurgie oculaire**

Le coût de lunettes (verres et montures) et de verres de contact prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste ainsi que les frais d'une chirurgie oculaire au laser pour corriger la myopie, l'hypermétropie ou l'astigmatisme, sous réserve du montant maximum admissible global spécifié au Sommaire des garanties.

Exclusion spécifique

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

PARAMÉDICAUX

Les soins ou traitements dispensés par les professionnels ci-dessous ne nécessitent pas de recommandation médicale :

- Sous réserve des montants maximums admissibles par visite et par année civile spécifiés au Sommaire des garanties pour chaque catégorie de professionnel ou pour l'ensemble des professionnels, tel qu'indiqué au Sommaire des garanties. Le professionnel ne doit pas être un membre de votre famille, ni résider avec vous :
acupuncteur, audiologiste, chiropraticien, diététiste, ergothérapeute, homéopathe, massothérapeute, naturopathe, orthophoniste, ostéopathe, physiothérapeute (ou technicien en réadaptation physique ou thérapeute du sport), podiatre (ou pédicure) et psychologue (ou travailleur social ou conseiller en orientation);
- Les frais de radiographies prises par un chiropraticien, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties.

Exclusions générales de la garantie

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

- les soins médicaux auxquels l'assuré a droit en vertu de toute loi fédérale ou provinciale, ou qui sont couverts en vertu d'une telle loi, incluant les frais payables par une commission de la santé et de la sécurité du travail ou un régime d'assurance automobile, ou de toute loi ou autre régime semblables, s'il y a lieu;
- les soins médicaux couverts en vertu de toute loi fédérale ou provinciale (ou en vertu des régimes mentionnés ci-dessus) à la date d'effet de la présente garantie et modifiés, suspendus ou discontinués par la suite;
- les services, les soins ou les produits reçus gratuitement;
- les services, les soins ou les produits administrés à des fins expérimentales;
- les soins de nature préventive;
- les traitements ou prothèses à des fins esthétiques;
- les services d'une infirmière à domicile lorsque celle-ci agit à titre de sage-femme, ou que l'infirmier agit à titre de psychothérapeute ou qu'il donne des soins autres que des soins infirmiers;
- les soins dentaires, à l'exception des soins requis à la suite d'un accident;
- les frais (à l'exception des frais de stérilets) reliés à la planification des naissances, y compris l'insémination artificielle et les frais de laboratoire ou autres reliés aux traitements de fertilité de toute nature, sans égard si l'infertilité est considérée être une maladie ou non;
- en ce qui concerne les appareils thérapeutiques :
 - les articles qui ne sont pas principalement de nature médicale ou qui sont destinés au confort et à la commodité (ex. : les accessoires domestiques tels que bains tourbillon, purificateurs d'air, humidificateurs, climatiseurs et autres appareils de même nature);
 - les appareils de contrôle et de diagnostic (ex. : stéthoscopes, sphygmomanomètres et autres appareils de même nature);
- les frais, services ou produits n'apparaissant pas dans la liste des frais admissibles de la présente garantie;
- les frais qui n'auraient pas été exigés en l'absence d'une garantie d'assurance;
- les frais pour les soins, les traitements, les services ou produits autres que ceux déclarés nécessaires au traitement d'une blessure ou d'une maladie;
- les frais engagés hors Canada (à l'exception des frais admissibles mentionnés pour les Patients dirigés hors Canada);
- les frais couverts en vertu de l'assurance voyage;
- les frais qui découlent directement ou indirectement
 - de dommages corporels que l'assuré s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
 - d'une blessure subie lors de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, sauf dans l'accomplissement de ses fonctions, ou blessure subie durant une guerre;
 - de la commission ou la tentative de commission d'un acte criminel.

Prolongation de l'assurance après la cessation

Si vous êtes totalement invalide ou si une de vos personnes à charge est hospitalisée à la date à laquelle votre assurance prend fin pour une raison autre que la résiliation du contrat, des remboursements seront effectués comme si l'assurance n'avait pas pris fin à l'égard de cette personne, relativement à tous les frais admissibles engagés par suite de cette invalidité ou hospitalisation avant la première des dates suivantes :

- la date à laquelle votre invalidité totale prend fin;
- la date à laquelle la personne à charge n'est plus hospitalisée;
- le 91^e jour qui suit la date à laquelle votre assurance prend fin;
- la date de cessation de la présente garantie.

Fin de la protection

La protection d'assurance accident/maladie prend fin à la retraite ou à la cessation d'emploi, selon la première échéance. La protection des personnes à charge admissibles prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

Droit de transformation

Si vous cessez d'être admissible à la présente garantie, vous pouvez faire la demande de transformation en assurance individuelle en remplissant le formulaire approprié dans les 31 jours suivant la fin de votre protection, et ce, sans avoir à présenter de preuve d'assurabilité. La prime totale de l'assurance individuelle, selon la fréquence de paiement choisie et approuvée par l'assureur, doit accompagner le formulaire de demande de transformation.

Ce droit s'applique aussi à vos personnes à charge.

Assurance santé - Voyage

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

Aux fins de remboursement, les frais admissibles doivent être engagés avec l'autorisation préalable de Canassistance.

Définition spécifique

Dans cette garantie, **urgence** ou **situation d'urgence** désigne une situation qui nécessite un traitement médical immédiat en lien avec :

- une blessure qui résulte d'un accident;
- une nouvelle condition médicale qui débute au cours du voyage; ou
- une condition médicale que l'assuré avait avant son voyage, mais qui est stable.

Une condition médicale est stable si, au cours des 90 jours précédant la date de départ, l'assuré n'a pas :

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

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

Frais admissibles

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

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

Hospitalisation, soins médicaux et paramédicaux

- Les frais d'hospitalisation, excédant ceux qui sont remboursables par la Régie de l'assurance maladie de votre province de résidence;
- les frais accessoires (téléphone, télévision, stationnement, etc.), jusqu'à concurrence de 100 \$ par hospitalisation;
- la différence entre les honoraires du médecin et les prestations prévues par la Régie de l'assurance maladie de votre province de résidence;
- le coût d'achat ou de location de béquilles, de cannes ou d'attelles; le coût de location de fauteuils roulants manuels standard, d'appareils orthopédiques ou d'autres appareils médicaux, lorsqu'ils sont prescrits par le médecin traitant;
- les honoraires pour les soins privés d'un infirmier diplômé (sans lien de parenté avec le patient) durant la période d'hospitalisation, lorsqu'ils sont prescrits par le médecin traitant;
- les frais d'analyses de laboratoire et de radiographies, lorsqu'elles sont prescrites par le médecin traitant;
- les frais de médicaments prescrits par un médecin dans le cadre d'un traitement d'urgence (excluant les produits ou médicaments en vente libre, qu'ils soient prescrits ou non);
- les soins dentaires requis pour la réparation ou le remplacement de dents naturelles saines endommagées par suite d'un coup accidentel (et non pas par suite de l'introduction volontaire ou non d'un aliment ou d'un objet dans la bouche), jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par accident, par assuré. Le traitement doit débuter pendant que l'assurance est en vigueur et se terminer dans les six mois suivant l'accident;
- les honoraires d'un dentiste pour tout traitement d'urgence pour soulager la douleur, jusqu'à concurrence de 200 \$ par assuré.

Transport

Les services suivants doivent être approuvés et planifiés par Canassistance :

- le transport par ambulance terrestre ou aérienne vers l'établissement médical adéquat le plus proche, incluant le transfert vers un autre hôpital lorsque le médecin traitant et Canassistance estiment que les installations sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition;
- les frais de rapatriement de l'assuré pour recevoir des soins médicaux immédiats, après autorisation du médecin traitant et de Canassistance;
- les frais pour le rapatriement simultané du compagnon de voyage ou de tout membre de la famille immédiate de l'assuré qui sont également couverts en vertu de la présente garantie, s'ils ne peuvent revenir à leur point de départ par le moyen de transport initialement prévu;

- les frais de transport aller-retour, en classe économique, pour un membre de la famille de l'assuré se rendant :
 - à l'hôpital où séjourne l'assuré depuis au moins sept jours; ou
 - identifier la personne décédée, si nécessaire, avant la disposition de la dépouille;
- sur présentation d'un certificat médical du médecin traitant certifiant l'incapacité à utiliser le véhicule, le coût du retour, par une agence commerciale, du véhicule personnel de l'assuré ou d'un véhicule de location, jusqu'à concurrence de 1 000 \$;
- en cas de décès, le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) ou le coût de crémation ou d'enterrement sur place, jusqu'à concurrence de 7 500 \$.

Frais de subsistance

Les frais pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial, lorsque vous devez reporter votre retour pour cause de maladie ou de blessure corporelle subie par vous ou un membre de votre famille immédiate qui vous accompagne ou un compagnon de voyage, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ (150 \$ par jour, maximum 20 jours).

Assistance voyage

Le service téléphonique de Canassistance inc. est disponible **24 heures par jour et 7 jours par semaine**. Le service Canassistance prend les dispositions nécessaires suivantes pour vous fournir les services requis lorsque vous devez consulter un médecin ou être hospitalisé à la suite d'un accident ou d'une maladie subite :

- vous diriger vers une clinique ou un hôpital approprié;
- avancer les fonds à l'hôpital, au besoin;
- confirmer la couverture de l'assurance médicale afin d'éviter que vous ayez à verser le dépôt d'un montant souvent substantiel;
- assurer le suivi médical et communiquer avec le médecin de famille;
- coordonner le rapatriement, s'il y a lieu;
- coordonner le retour des enfants à charge, en cas d'hospitalisation du parent;
- prendre les dispositions nécessaires pour faire venir un membre de la famille, si vous devez séjourner à l'hôpital au moins sept jours et si le médecin traitant le prescrit;
- coordonner le retour de votre véhicule si une maladie ou un accident vous rend incapable de le faire.

Vous avez également accès aux services suivants :

- assistance téléphonique sans frais, 24 heures par jour, sept jours par semaine;
- transmission de messages urgents;
- coordination des demandes de règlement;
- services d'un interprète lors d'appels d'urgence;
- référence à un avocat en cas d'accident grave;
- règlement des formalités en cas de décès;
- assistance en cas de perte ou de vol de papiers d'identité;
- information sur les ambassades et les consulats.

Canassistance peut également vous fournir, avant votre départ, des renseignements sur les visas et les vaccins requis.

Restrictions pour la durée des voyages

Les frais décrits dans l'Assurance médico-hospitalière sont admissibles s'ils sont engagés par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie soudaine et inattendue, survenant dans les premiers **180 jours** d'un voyage à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré et à la condition que ce dernier soit couvert par la Régie de l'assurance maladie de sa province de résidence.

La période de **180 jours** mentionnée ci-dessus est remplacée par **60 jours** pour les assurés âgés de **65 ans à 69 ans**, et elle est remplacée par **30 jours** pour les assurés âgés de **70 ans ou plus**.

Exclusions générales

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

- défaut de communiquer avec Canassistance en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation;
- toutes dépenses engagées à la suite d'une situation urgente qui s'est produite après les premiers **180 jours** du voyage (après les premiers **60 jours** dans le cas des assurés de 65 ans à 69 ans, et après les premiers **30 jours** dans le cas des assurés de 70 ans ou plus);
- les frais engagés après le rapatriement pour des raisons médicales;
- les frais occasionnés par une grossesse et ses complications dans les huit semaines précédant la date prévue de l'accouchement;
- accident survenu lors de la participation de l'assuré à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteurs ou à tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme (routes grades 4 ou 5 selon l'échelle du Yosemite Decimal System - YDS), au parachutisme en chute libre ou non, ainsi qu'au saut à l'élastique (bungee jumping);
- l'abus de médicaments ou consommation de drogues;
- la conduite d'un véhicule, d'un aéronef ou d'un bateau alors que le taux d'alcool est supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang;

- les frais pour les soins autres que ceux qui sont médicalement requis;
- les honoraires d'infirmiers pour des soins de soutien ou qui sont donnés principalement pour le confort du patient;
- les frais pour des soins donnés dans un but esthétique;
- les frais engagés hors de la province de résidence quand ces frais auraient pu être engagés dans la province de résidence sans danger pour la vie ou la santé de l'assuré;
- les frais engagés lorsque le voyage a principalement ou accessoirement pour but la consultation ou le traitement, même si le voyage est recommandé par un médecin;
- les services hospitaliers ou médicaux obtenus au cours d'un voyage et qui ne sont pas admissibles auprès de la Régie de l'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré;
- la partie des frais remboursés ou remboursables par la Régie de l'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré;
- les frais admissibles qui découlent des éléments suivants :
 - suicide, tentative de suicide ou blessure volontaire, que l'assuré soit sain d'esprit ou non;
 - blessure subie lors de la participation de l'assuré à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection;
 - blessure subie durant une guerre ou un fait de guerre, déclarés ou non;
 - blessure ou maladie découlant directement ou indirectement de toute force ou menace impliquant l'utilisation d'armes ou d'agents nucléaires, chimiques ou biologiques utilisés par une personne, un groupe de personnes ou une organisation dans un but politique, religieux ou idéologique;
 - commission ou la tentative de commission d'un acte criminel.

Fin de la garantie voyage

La garantie voyage prend fin à votre retraite, à la cessation de votre emploi ou lorsque vous atteignez l'âge de 75 ans, selon la première échéance. La protection des personnes à charge prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

La protection prend également fin pour tout assuré le jour où il cesse d'être couvert par la Régie de l'assurance maladie de sa province de résidence.

Fin de la couverture en cours de voyage

Au cours d'un voyage, la garantie voyage prend fin à la première des dates suivantes :

- La date à laquelle l'assuré cesse d'être couvert par la Régie de l'assurance maladie de sa province de résidence; ou
- Le 181^e jour du voyage dans le cas des assurés de moins de 65 ans, le 61^e jour du voyage dans le cas des assurés de 65 ans à 69 ans et le 31^e jour du voyage dans le cas des assurés de 70 ans ou plus.

LIGNES CANASSISTANCE

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

du Canada ou des États-Unis : 1-866-491-7726
d'ailleurs dans le monde : 514-286-7726 (à frais virés)

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

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

Assurance soins dentaires

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

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

sous réserve de la franchise, des pourcentages de remboursement et des maximums indiqués au Sommaire des garanties.

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

Calcul des frais admissibles

Le montant admissible pour un service couvert est celui indiqué dans *le Guide des tarifs suggérés des actes bucco-dentaires* approuvé par l'Association des chirurgiens dentistes ou dans le *Guide des tarifs des denturologistes* de votre province de résidence, édition de l'année mentionnée dans le Sommaire des garanties.

Franchise

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

Les frais admissibles engagés au cours des trois derniers mois de l'année civile et qui égalaient ou étaient insuffisants à satisfaire la franchise pour cette année-là peuvent servir à réduire la franchise de l'année civile suivante.

Frais admissibles

Soins préventifs

- Examens et diagnostic
 - examen buccal complet (un par période de 24 mois consécutifs)
 - examen de rappel (un par période de neuf mois consécutifs)
 - examen buccal d'urgence
 - examen d'un aspect particulier (une fois tous les six mois)
- Radiographies
 - intra-orales - périapicales
 - intra-orales - occlusales
 - intra-orales - interproximales
 - série complète et pellicule panoramique (une tous les 24 mois consécutifs combiné)
 - extra-orales
 - sialographies
 - substances radiopaques
 - photographie diagnostique

- Tests et examens de laboratoire
 - culture microbiologique
 - test de vitalité
 - biopsie des tissus buccaux mous
 - biopsie des tissus buccaux durs
 - modèles de diagnostic non montés
 - examen cytologique
- Services préventifs
 - polissage de la partie coronaire des dents (1 fois par période de neuf mois consécutifs)
 - application topique de fluorure (1 fois par période de neuf mois consécutifs)
 - scellants de puits et fissures (assurés âgés de moins de 16 ans)
 - détartrage (14 unités par année civile)
- Appareils de maintien (assurés âgés de moins de 16 ans).

Soins de base

- Services de restauration
 - restauration en amalgame, acrylique, silicate ou en composite sans restriction quant à l'emplacement des dents restaurées
 - tenons de rétention
 - couronnes préfabriquées en acier inoxydable ou polycarbonate (assurés âgés de moins de 16 ans)
- Ajustement de prothèses amovibles
 - ajustements mineurs (1 fois par période de six mois consécutifs)
 - rebasage et regarnissage
 - nettoyage et polissage
 - réparations
- Chirurgie buccale
 - ablation de dents ayant fait éruption (sans complication)
 - ablation chirurgicale (complexe)
 - ablation de tumeurs ou de kystes
 - correction et remodelage des tissus buccaux
 - incision et drainage chirurgicaux
 - trauma bucco-dentaire
 - autres chirurgies buccales
- Services généraux complémentaires
 - Anesthésie générale et sédation consciente (en corrélation avec de la chirurgie)
- Pansement temporaire pour le soulagement d'urgence de la douleur
- Finition des obturations

Endodontie

- coiffage de pulpe
- pulpotomie
- pulpotomie d'urgence
- traumatisme endodontique
- traitement de canal
- chirurgie endodontique
- blanchiment (sur dents dévitalisées seulement)
- apexification

Parodontie

- chirurgie parodontaire
- jumelage provisoire
- soin des infections aiguës
- désensibilisants (maximum de 3 dents par douze mois consécutifs)
- autres services parodontaires complémentaires (les visites post-opératoires sont limitées à quatre visites par année civile)
- curetage, incluant le surfaçage radiculaire (un par période de 60 mois consécutifs)
- appareils parodontaires (bruxisme) (les ajustements sont limités à un par année civile)

Traitement proposé de plus de 500 \$

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

Frais qui ne sont pas remboursés par le régime

Les frais suivants ne sont pas remboursés par le régime :

- les frais pour tout traitement ou appareil, directement ou indirectement relié à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;
- les soins donnés par un hygiéniste dentaire qui ne sont pas administrés sous la supervision d'un dentiste, sauf si, dans une province donnée, une telle supervision n'est plus légalement requise;
- les soins dentaires admissibles en vertu de la garantie Accident / Maladie de l'Assurance santé;
- les services et fournitures relatifs au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport;
- les frais payés par un régime gouvernemental ou qui l'auraient été si une demande avait été présentée;
- les frais admissibles en vertu d'une Commission des accidents de travail ou d'un régime d'assurance automobile, ou de toute loi ou régime semblable, le cas échéant;

- les frais qui découlent de tentative de suicide ou blessure volontaire, que l'assuré ait été sain d'esprit ou non;
- les frais qui découlent de blessure subie lors de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, sauf dans l'accomplissement des fonctions de l'assuré, ou blessure subie durant une guerre;
- les soins qui ne sont pas médicalement nécessaires, qui sont donnés dans un but esthétique (les réparations en composite ne sont pas touchées par la présente exclusion);
- les soins qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique;
- les services ou les soins donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance;
- les soins ou les services reliés aux implants;
- les attaches de précision, les rupteurs de force, les couronnes télescopiques et les chapes de transfert;
- le jumelage pour des raisons de parodontie, lorsqu'on utilise des couronnes ou des incrustations, avec ou sans recouvrement des cuspidés;
- tous frais, services ou produits n'apparaissant pas dans la liste des frais admissibles de la présente garantie.

Restriction

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

Le remboursement des frais de laboratoire se limite aux frais de laboratoire usuels et raisonnables de la localité où les services sont rendus. Toutefois, le remboursement total des frais de laboratoire ne doit en aucun cas dépasser 50 % des frais suggérés dans le guide des tarifs approprié pour le traitement dentaire spécifique nécessitant des services de laboratoire.

Fin de la protection

La protection d'assurance soins dentaires prend fin à votre retraite ou à la cessation de votre emploi, selon la première échéance. La protection des personnes à charge prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

Régime d'assurance de base en cas de décès et mutilation par accident (police établie par Assurance-vie ACE INA)

Police numéro : **AB30085101**

Établie par : **Assurance-vie ACE INA**

Date d'effet : **1^{er} octobre 2013**

COUVERTURE

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

ADMISSIBILITÉ

Tous les salariés permanents à temps complet et en service actif auprès du preneur de la police.

CAPITAL ASSURÉ

Une (1) fois le revenu annuel* arrondi au prochain 1 000 \$ (s'il n'en est pas déjà un multiple) jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$.

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

Les prestations sont réduites de 25 % à l'âge de 70, de 25 % additionnel à l'âge de 75 ans et prennent fin la retraite.

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

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

TABLEAU DES SINISTRES

Décès et mutilation par accident

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

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

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

Par **«perte»**, on entend, en ce qui concerne la quadriplégie (la paralysie des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs), la paraplégie (la paralysie des deux membres inférieurs) et l'hémiplégie (la paralysie complète frappant une moitié du corps), la paralysie complète et irrémédiable desdits membres, si la perte de fonction a persisté pendant une période de cent quatre-vingts (180) jours consécutifs et si ladite perte de fonction a par la suite été déclarée permanente, moyennant la remise de preuves jugées satisfaisantes par Assurance-vie ACE INA.

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

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

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

Rapatriement

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

Réadaptation

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

- a. que ladite formation soit requise à cause de telles blessures et afin de permettre au salarié assuré d'obtenir les qualifications requises pour exercer un emploi ou une profession qu'il n'exercerait pas si il n'avait pas subi les blessures en question ;

- b. que les frais soient engagés au cours des 2 années qui suivent la date de l'accident ;
- c. qu'aucune indemnité ne soit versée pour les frais ordinaires de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Transport de membres de la famille

Si des blessures nécessitent que l'assuré doit être admis dans un hôpital qui se situe à plus de 150 kilomètres de sa ville de résidence permanente ou hors du Canada, et que le médecin traitant recommande, par écrit, qu'un membre de sa famille immédiate soit présent, Assurance-vie ACE INA remboursera les frais de transport effectivement engagés par le membre de sa famille pour se rendre à son chevet, et ce, par le trajet le plus direct par un transporteur public dûment autorisé, sans toutefois dépasser 15 000 \$.

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

Formation professionnelle du conjoint

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

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

Modification du domicile et du véhicule

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

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

Toutefois, ces indemnités ne seront versées que si :

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

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

Indemnité pour centre de jour

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

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

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

Indemnité spéciale pour études

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

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

Deuil

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

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

Rente mensuelle en cas d'hospitalisation

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

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

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

Atteintes esthétiques

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

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

Advenant que la brûlure couvre 50 % de la partie atteinte, le pourcentage de l'indemnité sera réduit de 50 %. Ce tableau ne fait état que des pourcentages plafonds du capital assuré payables pour tout accident. Si l'assuré subit des brûlures sur plus d'une partie du corps lors d'un accident, les indemnités n'excéderont pas un maximum de 25 000 \$.

Port de la ceinture de sécurité

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

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

Par «*véhicule*», on entend une voiture privée à passagers, une voiture familiale, une fourgonnette ou une voiture du genre Jeep.

Par «*ceinture de sécurité*», on entend les ceintures qui font partie du système de retenue des occupants du véhicule.

Identification

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

a. le transport, par la route la plus directe, à la ville où se trouve le corps de la l'assuré ;
et

b. une chambre d'hôtel dans cette ville, sous réserve d'une durée maximale de 3 jours.

Le remboursement desdits frais engagés est assujéti au paiement ultérieur du capital assuré en cas de décès par accident, conformément aux termes de la police, suivant l'identification du corps de l'assuré. Le montant maximal payable ne pourra dépasser, au total, 15 000 \$ relativement à toutes ces dépenses.

Aucun montant ne sera remboursé pour les frais de pension ou autres frais ordinaires de subsistance, de déplacement et d'habillement. De plus, le transport doit être par voiture ou par un moyen de transport en location détenant une licence en vue de transporter des passagers.

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

Transformation de l'assurance

À la date de sa cessation d'emploi ou durant la période de 31 jours suivant sa cessation d'emploi, l'assuré peut demander la transformation de son assurance en une police d'assurance individuelle DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS seulement établie par Assurance-vie ACE INA. La police individuelle prendra effet à la plus tardive des dates suivantes : la date de la réception de la proposition de transformation par Assurance-vie ACE INA ou la date de la résiliation de l'assurance en vertu de la police collective. La prime sera identique à la prime que paierait normalement une personne qui soumettrait la même proposition d'assurance individuelle à cette date. La proposition d'assurance individuelle peut être soumise à n'importe quel bureau de Assurance-vie ACE INA. Le capital assuré résultant de la transformation ne doit pas excéder le capital établi pendant que l'assuré était un salarié, jusqu'à concurrence d'un plafond global de 200 000 \$, toutes polices confondues. La protection offerte en vertu de la police d'assurance individuelle sera en cas de DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS.

Exposition aux éléments et disparition

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

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

EXONÉRATION DES PRIMES

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

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

Périodes successives d'invalidité

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

Cessation de l'exonération des primes

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

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

Garanties pendant l'exonération des primes

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

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

MAINTIEN EN VIGUEUR DES GARANTIES

Si le salarié (1) est mis à pied de façon temporaire, (2) temporairement absent du travail en raison d'une invalidité de courte durée, (3) en congé autorisé, ou (4) en congé de maternité, l'assurance sera maintenue en vigueur pendant une période de 12 mois, sous réserve du paiement des primes.

Si le salarié exerce d'autres fonctions professionnelles durant le congé ou la mise à pied, aucune prestation ne sera payable pour toute perte subie durant l'exercice d'une autre profession ou d'un autre emploi.

EXCLUSIONS

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

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

DEMANDE D'INDEMNISATION

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

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

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

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Bénéficiaire

Tout salarié ou tout conjoint a le droit de désigner un bénéficiaire lorsqu'il demande de participer à l'assurance.

Il est entendu que la désignation de bénéficiaire faite en vertu de la police d'assurance vie collective du titulaire de la police sera reconnue comme le bénéficiaire en vertu de la présente police, à moins qu'une désignation de bénéficiaire supplémentaire soit faite spécifiquement en vertu de la présente police. En l'absence d'une telle désignation, la prestation sera versée à la succession de la personne assurée.

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

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

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

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

Poursuites judiciaires

Aucune poursuite judiciaire ne sera intentée à des fins de recouvrement en vertu de la présente police avant l'expiration de 60 jours après qu'une demande d'indemnisation écrite ait été produite conformément aux exigences de la présente police. Pour les résidents de l'Alberta et de la Colombie-Britannique : Toute action ou procédure contre un assureur visant le recouvrement de prestations versables en vertu du contrat est absolument interdite, sauf si elle est intentée dans les délais indiqués dans la Loi sur les assurances. Pour les résidents du Manitoba : Toute action ou procédure contre un assureur visant le recouvrement de prestations versables en vertu du contrat est absolument interdite, sauf si elle est intentée dans les délais indiqués dans La loi sur les assurances. Pour les résidents de l'Ontario : Toute action ou procédure contre un assureur visant le recouvrement de prestations versables en vertu du contrat est absolument interdite, sauf si elle est intentée dans les délais indiqués dans la Loi de 2002 sur la prescription des actions. Sinon, chaque action doit être intentée dans un délai d'un an à partir de la date de la perte ou dans tout autre délai supérieur accordé par la loi applicable dans la province de résidence de la personne assurée.

Changement d'assureur

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

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

1013