

CORPORATION ABBVIE

Employés permanents à temps plein, Employés permanents à temps partiel, Employés temporaires de longue affectation



Groupe n° 91311

TABLE DES MATIÈRES

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	1
SOMMAIRE DES GARANTIES	3
DÉFINITIONS.....	12
DATE D'EFFET DE LA COUVERTURE INITIALE ET DE TOUTE MODIFICATION ULTÉRIEURE.....	14
PARTICIPATION.....	15
PROTECTION PAR DÉFAUT.....	15
PREUVES D'ASSURABILITÉ.....	15
MODIFICATION DES PROTECTIONS.....	15
FIN DE LA COUVERTURE	17
ASSURANCE VIE STANDARD DE L'ADHÉRENT	18
ASSURANCE VIE ÉTENDUE DE L'ADHÉRENT.....	20
ASSURANCE VIE ÉTENDUE DU CONJOINT.....	21
ASSURANCE VIE ÉTENDUE DES ENFANTS À CHARGE.....	22
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	23
ASSURANCE MÉDICAMENTS.....	27
ASSURANCE ACCIDENT/MALADIE.....	31
ASSURANCE VOYAGE	42
ASSURANCE SOINS DENTAIRES.....	53
COMPTE DE GESTION SANTÉ	62
COMMENT SOUMETTRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT	64
COORDINATION DES PRESTATIONS.....	68
LIMITATION DES PRESTATIONS	68
ANNEXE	

Révisé : janvier 2018

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

La présente brochure vise à vous donner une description du régime flex d'assurance collective offert par le preneur du contrat, **Corporation ABBVIE**, et souscrit chez **Croix Bleue Medavie**.

AVIS CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Lorsque vous demandez une protection aux termes du régime collectif, **Croix Bleue Medavie** ouvre un dossier contenant des renseignements personnels sur vous relativement à votre protection.

Votre dossier est conservé à leurs bureaux. Leurs employés ont accès à ce dossier lorsque cela est nécessaire aux fins de l'assurance.

Certains droits d'accès et de rectification vous sont conférés à l'égard des renseignements qui sont contenus dans votre dossier. Toute demande d'accès ou de rectification doit être présentée par écrit et envoyée au bureau de l'assureur.

Le présent avis est émis conformément à toute législation applicable sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé.

AVIS CONCERNANT LA LOI SUR L'ASSURANCE-MÉDICAMENTS DU QUÉBEC

Notez que les trois protections d'assurance santé offertes dans ce régime d'assurance collective rencontrent les exigences minimales stipulées dans la Loi de l'assurance-médicaments du Québec.

Lorsque vous vous inscrivez au régime, vous devez effectuer un choix parmi les trois protections d'assurance santé offertes, à moins que vous ne soyez couvert pour les médicaments en vertu d'un autre régime d'assurance collective (par exemple, celui de votre conjoint).

L'administrateur du régime doit émettre, une fois l'an, une confirmation de couverture qui devra être annexée à votre déclaration de revenus. À cet effet, il est primordial d'avoir en dossier votre plus récente adresse.

AVIS CONCERNANT LE SOMMAIRE DES GARANTIES

Le Sommaire des garanties qui suit doit s'interpréter de pair avec les modalités décrites dans les différentes sections de la brochure.

Cette brochure décrit le régime d'assurance collective mis en place le 1^{er} janvier 2013. Ce programme est un régime flexible offrant des options dans la plupart des garanties. Pour une confirmation des protections que vous avez choisies et de leur date d'entrée en vigueur, veuillez vous référer à votre carte d'identification.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Admissibilité de l'employé:	<p>Pour être admissible aux garanties prévues au contrat, un employé doit travailler activement* pour l'employeur et appartenir à une des catégories suivantes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Employés permanents à temps plein2. Employés permanents à temps partiel3. Employés temporaires de longue affectation <p>Un employé de la catégorie 1 ou de la catégorie 2 devient admissible à la protection à l'expiration du délai d'admission.</p> <p>Un employé de la catégorie 3 devient admissible à compter du 1^{er} jour du mois suivant l'expiration de son délai d'admission.</p> <p>Les demandes d'adhésion des employés doivent être complétées et soumises à l'assureur dans les 31 jours de la date d'admissibilité.</p>
Délai d'admission:	
➤ Catégorie 1	Aucun : vous êtes admissible dès le premier jour de travail
➤ Catégorie 2	Aucun : vous êtes admissible dès le premier jour de travail pourvu que vous travailliez de façon régulière un minimum de 1 131 heures par année, y compris les vacances et les congés
➤ Catégorie 3	Période durant laquelle vous avez complété au moins 2 ans de service continu pour l'employeur et avez travaillé un minimum de 1 131 heures chacune de ces 2 années, incluant les congés et les vacances, sur la base de la date d'anniversaire d'entrée en fonction ou sur les deux années civiles précédentes.
Maintien de la couverture	Pour conserver sa couverture, un employé de la catégorie 2 ou de la catégorie 3 doit avoir travaillé un minimum de 1 131 heures au cours de l'année civile qui précède (1 ^{er} janvier au 31 décembre).
Résiliation des garanties:	Les garanties prévues au présent contrat prennent fin à la première des dates suivantes : celle de la retraite, de la cessation d'emploi ou l'âge mentionné dans chaque garantie, s'il y a lieu.

* Si vous n'êtes pas activement au travail (i.e. congé de maternité, parental, sans solde, etc.), veuillez vous référer à votre employeur pour connaître les conditions applicables à votre situation.

PROTECTION STANDARD

Assurance vie standard

Montant d'assurance pour l'adhérent	1 fois le salaire annuel arrondi au 500 \$ supérieur
• Maximum sans preuve d'assurabilité	500 000 \$ (incluant le Maximum sans preuve d'assurabilité de l'assurance vie étendue de l'adhérent)
• Maximum avec preuve d'assurabilité	1 500 000 \$* (incluant l'assurance vie étendue de l'adhérent)
Montant d'assurance pour le conjoint	Aucun
Montant d'assurance pour les enfants	Aucun
Fin de la garantie	cessation d'emploi ou retraite

PROTECTION ÉTENDUE

Assurance vie étendue

Montant d'assurance pour l'adhérent	tranches de 10 000 \$
• Maximum sans preuve d'assurabilité	50 000 \$ (inclus dans le Maximum sans preuve d'assurabilité de l'assurance vie standard de l'adhérent)
• Maximum avec preuve d'assurabilité	1 500 000 \$* (incluant l'assurance vie standard)
Montant d'assurance pour le conjoint	tranches de 10 000 \$
• Maximum avec preuve d'assurabilité	750 000 \$
Montant d'assurance pour les enfants	tranches de 5 000 \$
• Maximum (Aucune preuve d'assurabilité n'est requise)	50 000 \$
Fin de la garantie	cessation d'emploi, retraite ou 65 ans (âge de l'adhérent ou du conjoint)

* Si l'adhérent désire souscrire un montant d'assurance vie excédant 1 000 000 \$, ce montant peut être accordé, sujet à l'acceptation par l'assureur de la preuve d'assurabilité requise, et à la condition que le montant total d'assurance vie n'excède pas 10 fois son salaire annuel.

PROTECTION STANDARD

Assurance décès ou mutilation par accident de base
(souscrite par AIG Canada, veuillez-vous référer en Annexe pour les dispositions de ce régime)

PROTECTION ÉTENDUE

Assurance décès ou mutilation par accident étendue
(souscrite par AIG Canada, veuillez-vous référer en Annexe pour les dispositions de ce régime)

PROTECTION STANDARD

Invalidité de courte durée voir annexe
(non assuré par Croix Bleue Medavie, autogéré par l'employeur)

Protection	100% du salaire de base
Durée maximale des prestations	26 semaines

PROTECTION STANDARD

Assurance salaire de longue durée

Montant d'assurance	60 % du salaire mensuel, arrondi au dollar supérieur
• Maximum sans preuve d'assurabilité	9 000 \$
• Maximum avec preuve d'assurabilité	15 000 \$
Délai de carence	26 semaines
Durée maximale des prestations	jusqu'à l'âge de 65 ans
Définition d'invalidité	
➤ propre occupation	premiers 24 mois suivant le délai de carence
➤ toute occupation	par la suite
Statut fiscal des prestations	non imposable
Indexation	Aucune
Fin de la garantie	cessation d'emploi, retraite ou à l'âge de 65 ans

PROTECTION ÉTENDUE

Assurance salaire de longue durée

Montant d'assurance	60 % du salaire mensuel, arrondi au dollar supérieur
• Maximum sans preuve d'assurabilité	9 000 \$
• Maximum avec preuve d'assurabilité	15 000 \$
Délai de carence	26 semaines
Durée maximale des prestations	jusqu'à l'âge de 65 ans
Définition d'invalidité	
➤ propre occupation	premiers 24 mois suivant le délai de carence
➤ toute occupation	par la suite
Statut fiscal des prestations	non imposable
Indexation	IPC, jusqu'à concurrence de 3% par année
Fin de la garantie	cessation d'emploi, retraite ou à l'âge de 65 ans

ASSURANCE SANTÉ

PROTECTION DE BASE

Assurance médicaments	
Pourcentage de remboursement	100%
Franchise*	500 \$ pour l'adhérent et les enfants à charge et 500 \$ pour le conjoint, par année de régime
Mode de paiement	carte de paiement direct
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de primes
Fin de la garantie	cessation d'emploi ou retraite

Assurance accident/maladie	
Pourcentage de remboursement	Hôpital: 100% Tous les autres frais: 100%
Frais d'hospitalisation	sans franchise
➤ court séjour	semi-privée ou privée, jusqu'à concurrence de 120 \$ par jour
➤ convalescence ou chronique	semi-privée, 180 jours par invalidité
Frais médicaux et paramédicaux	
☛ Ambulance	Illimité, sans franchise
☛ Soins infirmiers privés	maximum de 10 000 \$ par assuré, par année de régime, sans franchise
☛ Autres frais admissibles	franchise* de 500 \$ pour l'adhérent et les enfants à charge et 500 \$ pour le conjoint, par année de régime
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de primes
Fin de la garantie	cessation d'emploi ou retraite

* Il n'y a qu'une seule franchise à satisfaire pour l'assurance médicaments et l'assurance accident/maladie

PROTECTION STANDARD

Assurance médicaments

Pourcentage de remboursement	<ul style="list-style-type: none"> • remboursement à 80% * des premiers 2 500 \$ de frais admissibles encourus durant l'année de régime par l'adhérent et les enfants à charge et 100% par la suite • remboursement à 80% * des premiers 2 500 \$ de frais admissibles encourus durant l'année de régime par le conjoint et 100% par la suite <p>* 100 % pour les dispositifs à lancettes et les bâtonnets réactifs destinés au contrôle du diabète produits par Laboratoires Abbott, Limitée, et pour tous les médicaments produits par Corporation AbbVie</p>
-------------------------------------	--

Franchise	Aucune
Mode de paiement	carte de paiement direct
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de primes
Fin de la garantie	cessation d'emploi ou retraite

Assurance accident/maladie

Pourcentage de remboursement	<p>Hôpital: 100%</p> <p>Tous les autres frais: 100%</p>
-------------------------------------	---

Frais d'hospitalisation	sans franchise
<ul style="list-style-type: none"> ➤ court séjour ➤ convalescence ou chronique 	<p>semi-privée ou privée, jusqu'à concurrence de 120 \$ par jour</p> <p>semi-privée, 180 jours par invalidité</p>
Frais médicaux et paramédicaux	
<ul style="list-style-type: none"> ☛ Ambulance ☛ Soins infirmiers privés ☛ Soins de la vue : <ul style="list-style-type: none"> - lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie au laser - examen de la vue ☛ Autres frais admissibles 	<p>Illimité, sans franchise</p> <p>maximum de 10 000 \$ par assuré, par année de régime, sans franchise</p> <p>sans franchise maximum global de 200 \$ par période de 24 mois</p> <p>maximum de 40 \$ par période de 24 mois, sans franchise</p> <p>franchise de 100 \$ pour l'adhérent et les enfants à charge et 100 \$ pour le conjoint, par année de régime</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Professionnels de la santé : acupuncteur, audiologiste, chiropraticien, diététiste, ergothérapeute, homéopathe, massothérapeute, naturopathe, orthophoniste, ostéopathe, physiothérapeute (ou technicien en réadaptation physique ou thérapeute du sport), podiatre, podologue, psychologue et psychothérapeute 	<p>maximum de 800 \$ par assuré, par année de régime, pour l'ensemble des professionnels</p>
Prothèses auditives	500 \$ par période de 3 ans
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Souliers orthopédiques et orthèses podiatriques 	1 paire de chaque par année de régime
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de primes
Fin de la garantie	cessation d'emploi ou retraite

PROTECTION ÉTENDUE

Assurance médicaments	
Pourcentage de remboursement	100%
Franchise	Aucune
Mode de paiement	carte de paiement direct
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de primes
Fin de la garantie	cessation d'emploi ou retraite

Assurance accident/maladie	
Pourcentage de remboursement	Hôpital: 100% Tous les autres frais: 100%
Frais d'hospitalisation	
➤ court séjour	semi-privée ou privée, jusqu'à concurrence de 120 \$ par jour
➤ convalescence ou chronique	semi-privée, 180 jours par invalidité
Frais médicaux et paramédicaux	
☛ Ambulance	Illimité
☛ Soins infirmiers privés	maximum de 10 000 \$ par assuré, par année de régime
☛ Soins de la vue :	
- lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie au laser	maximum global de 400 \$ par période de 24 mois
- examen de la vue	maximum de 40 \$ par période de 24 mois
☛ Autres frais admissibles	aucune franchise
➤ Professionnels de la santé : acupuncteur, audiologiste, chiropraticien, diététiste, ergothérapeute, homéopathe, massothérapeute, naturopathe, orthophoniste, ostéopathe, physiothérapeute (ou technicien en réadaptation physique ou thérapeute du sport), podiatre, podologue, psychologue et psychothérapeute	maximum de 1 500 \$ par assuré, par année de régime, pour l'ensemble des professionnels
➤ Prothèses auditives	500 \$ par période de 3 ans
➤ Souliers orthopédiques et orthèses podiatriques	2 paires de chaque par année de régime
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de primes
Fin de la garantie	cessation d'emploi ou retraite

LES PROTECTIONS D'ASSURANCE SANTÉ DE BASE, STANDARD ET ÉTENDUE INCLUENT ÉGALEMENT LA GARANTIE D'ASSURANCE VOYAGE

Assurance voyage	
Pourcentage de remboursement	100%
<hr/>	
<u>Assurance médico-hospitalière</u>	
• Franchise	Aucune
• Maximum viager par assuré	5 000 000 \$
• Durée maximale de couverture	Valide tant que l'assuré demeure couvert par la RAMQ * (maximum de 180 jours hors Canada dans toute année civile)
<u>Assurance annulation et interruption de voyage</u>	
	3 000 \$ par sinistre, par assuré
<u>Assurance bagages</u>	
	500 \$ par voyage, par assuré
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de primes
Fin de la protection	cessation d'emploi, retraite ou 75 ans

PROTECTION STANDARD

Assurance soins dentaires	
Pourcentage de remboursement	<ul style="list-style-type: none">– Soins préventifs : 80%– Soins de base : 80%– Soins de restaurations majeures : 50%
Franchise	Aucune
Maximum	
↖ Tous les services combinés	2 000 \$ par année de régime, par assuré
Guide des tarifs	année courante
Fin de la garantie	cessation d'emploi ou retraite

PROTECTION ÉTENDUE

Assurance soins dentaires	
Pourcentage de remboursement	<ul style="list-style-type: none">– Soins préventifs : 90%– Soins de base : 80%– Soins de restaurations majeures : 80%– Soins orthodontiques : 50%
Franchise	Aucune
Maximum	
↖ Soins orthodontiques	3 000 \$ à vie, par assuré
↖ Autres services combinés	3 000 \$ par année de régime, par assuré
Guide des tarifs	année courante
Fin de la garantie	cessation d'emploi ou retraite

Lors de votre retraite, vous devenez admissible au régime d'assurance collective applicable aux retraités. La brochure décrivant cette protection est disponible au service des Ressources humaines.

DÉFINITIONS

Accident désigne un événement soudain, fortuit et imprévisible causant, directement et indépendamment de toute autre cause, des blessures corporelles constatées par un médecin et dues exclusivement à une cause externe de nature violente et non intentionnelle de la part de l'assuré.

Adhérent désigne tout employé ayant adhéré au présent régime d'assurance collective.

Année de régime désigne la période comprise entre le 1^{er} octobre d'une année et le 30 septembre qui suit.

Assuré désigne chacune des personnes couvertes d'une famille, telles qu'inscrites sur la carte d'identification émise à l'adhérent.

Dollars flex désigne le montant d'argent qui vous est accordé par l'employeur, pour acheter la totalité ou une partie de vos protections d'assurance santé collective incluant, s'il y a lieu, le Compte de gestion-santé.

Effectivement au travail désigne le fait pour un employé d'exercer, au cours de toute journée de travail, toutes les tâches habituelles reliées au travail qu'il effectue auprès de l'employeur selon le nombre d'heures prévu pour ladite journée.

Employé désigne la personne qui est domiciliée au Canada, qui est au service de l'employeur à titre permanent et à temps plein ou à temps partiel ou temporaire de longue affectation et qui fait partie d'une catégorie d'adhérents mentionnée au Sommaire des garanties. (Nonobstant ce qui précède, à compter du 1^{er} mai 2011, les employés expatriés, tels qu'identifiés à l'assureur par le preneur, sont couverts en vertu des garanties d'assurance vie seulement.)

Employeur désigne Corporation ABBVIE

Hôpital désigne une institution que la loi reconnaît comme telle, qui assume principalement la fonction de soigner les personnes malades ou blessées, qui est dotée d'installations permettant l'établissement de diagnostics et la réalisation d'opérations chirurgicales majeures et qui assure en tout temps les services de médecins et d'infirmières ou d'infirmiers autorisés.

Le terme "hôpital" n'englobe pas les hôpitaux psychiatriques, les hôpitaux antituberculeux, les sanatoriums, les centres d'accueil, les maisons de repos, les maisons de retraite, les stations thermales, les dispensaires ou autres établissements ou parties d'établissements dont le but est de dispenser des soins de garde et les établissements qui dispensent des soins aux alcooliques ou aux toxicomanes.

Maladie signifie une détérioration de la santé ou un désordre de l'organisme, constatés par un médecin, qui nécessite des soins médicaux réguliers, continus et curatifs. Ces soins médicaux doivent être considérés satisfaisants par l'assureur.

Médecin signifie une personne légalement autorisée à pratiquer la médecine en vertu des lois du territoire où elle exerce sa profession.

Personne à charge désigne le conjoint ou un enfant à charge qui correspond à la définition suivante :

- **conjoint**
personne légalement mariée à un adhérent ou la personne désignée par l'adhérent comme sont conjoint et avec qui il cohabite en permanence depuis au moins un an, la période précitée n'étant pas applicable si un enfant est issu de l'union. Le conjoint est celui désigné sur la demande d'adhésion. En tout temps, une seule personne peut être assurée en tant que conjoint de l'adhérent.
- **enfant à charge**
tout enfant de l'adhérent ou du conjoint de l'adhérent, qui n'a pas de conjoint qui dépend pour son soutien financier de l'adhérent ou de son conjoint, et qui remplit au moins une des conditions suivantes :
 - est âgé de moins de 21 ans;
 - est âgé de moins de 26 ans et fréquente à plein temps, à titre d'étudiant dûment inscrit, une école secondaire, un collège ou une université;
 - est domicilié chez l'adhérent et est devenu invalide de façon totale et permanent alors qu'il était considéré comme une personne à charge tel que stipulé ci-dessus.

Salaire désigne le taux de rémunération habituelle de l'employé versé par l'employeur.

DATE D'EFFET DE LA COUVERTURE INITIALE ET DE TOUTE MODIFICATION ULTÉRIEURE

Couverture de l'adhérent

La date d'effet de votre couverture est déterminée comme suit :

- pour toute garantie pour laquelle des preuves d'assurabilité ne sont pas requises : la date à laquelle votre demande d'adhésion dûment remplie est reçue par l'assureur, à défaut de quoi, la *protection par défaut* vous est accordée dès votre admissibilité
- si des preuves d'assurabilité sont requises : la date à laquelle l'assureur approuve les preuves.

D'une manière générale, si vous n'êtes pas effectivement au travail à la date à laquelle votre couverture doit prendre effet, celle-ci prendra effet à votre retour au travail à temps plein. Si vous n'êtes pas activement au travail (i.e. congé de maternité, parental, sans solde, etc.), veuillez vous référer à votre employeur pour connaître les conditions applicables dans votre situation.

Couverture du conjoint admissible

La date d'effet de la couverture du conjoint est déterminée comme suit :

- pour toute garantie pour laquelle des preuves d'assurabilité ne sont pas requises : la date à laquelle la demande d'adhésion dûment remplie à son égard est reçue par l'assureur.
- si des preuves d'assurabilité sont requises : la date à laquelle l'assureur approuve les preuves.

Toutefois, si le conjoint est hospitalisé à la date à laquelle sa couverture doit prendre effet, il n'est assuré qu'à compter de sa sortie de l'hôpital, sauf pour toute garantie pour laquelle les preuves mentionnées ci-dessus ne sont pas requises.

Couverture des enfants à charge

La date d'effet de la couverture d'un enfant à charge est déterminée comme suit :

- pour toute garantie pour laquelle des preuves d'assurabilité ne sont pas requises : la date à laquelle la demande d'adhésion dûment remplie à son égard est reçue par l'assureur.
- si des preuves d'assurabilité sont requises : la date à laquelle l'assureur approuve les preuves.

Toutefois, si l'enfant à charge (à l'exclusion du nouveau-né) est hospitalisé dans un hôpital à la date à laquelle sa couverture doit prendre effet, il n'est assuré qu'à compter de sa sortie de l'hôpital.

De plus, dans le cas de l'assurance vie étendue, l'enfant doit être âgé d'au moins 24 heures.

Si vous avez déjà une couverture employé/conjoint, employé/enfants ou employé/conjoint/enfants:

L'assurance à l'égard d'un nouvel enfant à charge prend effet à sa naissance (sauf pour l'assurance vie étendue pour laquelle l'enfant doit être âgé de 24 heures).

PARTICIPATION

La participation à la PROTECTION STANDARD en ASSURANCE VIE et en ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE, et à la PROTECTION DE BASE en ASSURANCE SANTÉ est obligatoire.

Un droit d'exemption peut cependant être accordé pour la GARANTIE D'ASSURANCE SANTÉ, si vous bénéficiez de la protection d'un autre régime collectif de soins médicaux. Des preuves à l'appui sont alors requises.

PROTECTION PAR DÉFAUT

Si aucun choix d'option n'est effectué, la protection par défaut sera attribuée comme suit :

Garantie	Protection par défaut
Assurance vie :	Protection standard
Assurance salaire de longue durée :	Protection standard
Assurance santé :	Protection de base individuelle
Assurance soins dentaires :	Aucune protection
Compte de gestion-santé	Dollars flex restants

PREUVES D'ASSURABILITÉ

Vous devez fournir une preuve d'assurabilité pour adhérer à la protection étendue d'assurance vie lorsque votre montant combiné d'assurance vie standard et d'assurance vie étendue excède le maximum sans preuve d'assurabilité spécifié au Sommaire des garanties ou pour demander ou augmenter tout montant d'assurance vie étendue pour votre conjoint ou vos enfants à charge.

En ce qui concerne la Garantie d'assurance salaire de longue durée, une preuve d'assurabilité doit être soumise lorsque votre couverture dépasse le maximum sans preuve d'assurabilité spécifié au Sommaire des garanties. Par la suite, une augmentation de salaire de 10% ou moins par année n'entraînera aucune présentation de preuve d'assurabilité.

MODIFICATION DES PROTECTIONS

Une fois vos protections choisies, vous pouvez modifier vos choix à **tous les deux ans** à la date de renouvellement du contrat, soit le 1^{er} octobre, à la condition que vous ne soyez pas invalide. La demande doit être présentée dans les 31 jours qui suivent cette date.

La seule exception concerne le régime de soins de santé : si vous étiez exempté du régime et que vous désirez maintenant vous y inscrire, vous pourrez passer directement à la protection standard si vous le désirez.

Les protections pourront être modifiées comme suit :

Garantie	Protection en vigueur	Protection demandée
Assurance vie	Protection standard	Protection étendue
	Protection étendue	Protection standard
Assurance salaire de longue durée	Protection standard	Protection étendue
	Protection étendue	Protection standard
Assurance santé	Aucune protection	Protection de base ou protection standard
	Protection de base	Protection standard
	Protection standard	Protection de base ou protection étendue
	Protection étendue	Protection standard
Soins dentaires	Aucune protection	Protection standard
	Protection standard	Protection étendue ou retrait de la protection
	Protection étendue	Protection standard

Exception : l'adhérent peut effectuer un changement dans ses options ou demander l'ajout de garanties dans les 31 jours qui suivent l'un des événements suivants :

- mariage ou admissibilité du conjoint de fait,
- séparation ou divorce,
- naissance ou adoption du premier enfant,
- décès du conjoint ou du dernier enfant à charge,
- le dernier enfant à charge cesse d'être admissible ou un des enfants de plus de 18 ans (mais de moins de 26 ans) retourne aux études à temps plein alors qu'il n'y avait plus d'enfants admissibles,
- l'adhérent perd ou gagne, de façon involontaire, accès à la protection du régime du conjoint.

Une fois les 31 jours écoulés, l'adhérent doit attendre la prochaine période d'adhésion pour modifier ses choix et pour que toute personne nouvellement à sa charge soit couverte.

Au Québec, et conformément à la législation applicable, l'adhérent et ses personnes à charge en retard se voient tout de même accorder une couverture d'assurance santé selon les dispositions du contrat.

Si l'adhérent n'est pas apte au travail à la date où le changement de protection aurait pris effet, la modification ne prend effet qu'à la date où il redevient apte au travail à raison d'un minimum de 21 heures par semaine.

Ajout ou augmentation des montants d'assurance vie étendue

Ces montants d'assurance peuvent être augmentés en tout temps pour vous-même et vos personnes à charge, sous réserve de la présentation des preuves d'assurabilité alors exigées.

À noter

Si un adhérent est invalide à la date à laquelle une augmentation d'assurance vie étendue aurait pris effet, celle-ci ne prend effet qu'à la date où il redevient apte au travail à raison d'un minimum de 21 heures par semaine.

Modification de l'assurance salaire de longue durée

L'adhérent peut en tout temps modifier sa couverture d'assurance salaire de longue durée pour remplacer sa protection standard par une protection étendue, sous réserve de l'approbation par l'assureur des preuves d'assurabilité alors exigées.

FIN DE LA COUVERTURE

Couverture de l'adhérent

L'assurance de l'adhérent cesse à la plus rapprochée des dates suivantes:

- la date de résiliation du contrat;
- la date à laquelle l'adhérent ne répond plus à la définition d'employé;
- la date à laquelle les primes exigibles ne sont plus payées à son égard;
- à la retraite;
- la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge limite mentionné, s'il y a lieu, dans le Sommaire des garanties pour chacune des protections.

Couverture des personnes à charge

L'assurance d'une personne à charge cesse à la plus rapprochée des dates suivantes:

- la date à laquelle cesse l'assurance de l'adhérent dont elle est une personne à charge et ce, à l'égard de chacune des garanties;
- la date à laquelle elle ne répond plus à la définition de personne à charge;
- la date à laquelle les primes exigibles ne sont plus payées à son égard;
- la date à laquelle la personne à charge atteint l'âge limite mentionné, s'il y a lieu, dans le Sommaire des garanties pour chacune des protections.

ASSURANCE VIE STANDARD DE L'ADHÉRENT

OBJET DE LA GARANTIE

Advenant votre décès pendant que votre assurance est en vigueur, l'assureur verse à votre bénéficiaire le montant d'assurance vie que vous avez souscrit conformément au Sommaire des garanties et tel qu'indiqué sur votre carte d'identification.

BÉNÉFICIAIRE

Le bénéficiaire est celui que vous avez désigné lors de votre demande d'adhésion et, sous réserve des dispositions de la loi, il peut être remplacé sur demande écrite signée par vous-même et acheminée à l'employeur.

A défaut de bénéficiaire désigné, la prestation de décès est payable à vos ayants droit.

EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE

Si, avant l'âge de 65 ans, vous devenez **totale**ment invalide alors que vous êtes couvert en vertu de la présente garantie, l'assureur prolonge votre couverture sans paiement de primes à compter du premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date à laquelle vous devenez admissible au premier versement d'assurance salaire de longue durée. Le montant de la garantie prolongée est égal au montant pour lequel vous étiez couvert au début de votre invalidité.

L'exonération se termine lorsque votre invalidité totale prend fin, sans excéder l'âge de 65 ans.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si votre assurance vie se termine pour l'un des motifs énumérés ci-dessous, qui se produisent à **vos** 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.

FIN DE LA PROTECTION

La protection d'assurance vie standard prend fin à la cessation d'emploi ou à la retraite, selon la première échéance.

ASSURANCE VIE ÉTENDUE DE L'ADHÉRENT

OBJET DE LA GARANTIE

Advenant votre décès pendant que votre assurance est en vigueur, l'assureur verse à votre bénéficiaire le montant d'assurance vie étendue que vous avez souscrit conformément au Sommaire des garanties et tel qu'indiqué sur votre carte d'identification.

PREUVES D'ASSURABILITÉ

Vous devez présenter une preuve d'assurabilité si le montant de l'assurance dépasse le montant sans preuve indiqué au Sommaire des garanties.

EXCLUSION

Si vous mourez par suite de **suicide** ou des suites de toute tentative de suicide au cours des **deux** premières années qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie (incluant la période d'assurance en vertu du contrat antérieur, le cas échéant), de la remise en vigueur ou de toute augmentation du montant de la garantie, que vous ayez été sain d'esprit ou non lors du suicide ou de la tentative de suicide, l'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est nulle et sans effet et la responsabilité de l'assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

BÉNÉFICIAIRE

Le bénéficiaire est celui que vous avez désigné lors de votre demande d'adhésion et, sous réserve des dispositions de la loi, il peut être remplacé sur demande écrite signée par vous-même et acheminée à l'assureur.

A défaut de bénéficiaire désigné, la prestation de décès est payable à vos ayants droit.

EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE

Les dispositions de la GARANTIE D'ASSURANCE VIE STANDARD concernant l'exonération des primes en cas d'invalidité totale s'appliquent à la GARANTIE D'ASSURANCE VIE ÉTENDUE en vigueur au moment de l'invalidité.

DROIT DE TRANSFORMATION

Les dispositions de la GARANTIE D'ASSURANCE VIE STANDARD DE L'ADHÉRENT concernant le droit de transformation s'appliquent à la présente garantie.

FIN DE LA PROTECTION

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

ASSURANCE VIE ÉTENDUE DU CONJOINT

OBJET DE LA GARANTIE

Advenant le décès de votre conjoint pendant que la présente assurance est en vigueur, l'assureur s'engage à vous verser le montant d'assurance vie étendue que vous avez souscrit pour votre conjoint, conformément au Sommaire des garanties et tel qu'indiqué sur votre carte d'identification.

PREUVES D'ASSURABILITÉ

Comme condition d'admissibilité préalable à la présente garantie, tout conjoint doit soumettre une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par l'assureur.

EXCLUSION

Si votre conjoint meurt par suite de **suicide** ou des suites de toute tentative de suicide au cours des **deux** premières années qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie (incluant la période d'assurance en vertu du contrat antérieur, le cas échéant), de la remise en vigueur ou de toute augmentation du montant de la garantie, qu'il ait été sain d'esprit ou non lors du suicide ou de la tentative de suicide, l'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est nulle et sans effet et la responsabilité de l'assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE

Les dispositions de la GARANTIE D'ASSURANCE VIE STANDARD concernant l'exonération des primes en cas d'invalidité totale s'appliquent également à la GARANTIE D'ASSURANCE VIE ÉTENDUE DU CONJOINT en vigueur au moment de l'invalidité.

DROIT DE TRANSFORMATION

Le conjoint peut exercer ce droit de transformation aux mêmes conditions que celles applicables à l'adhérent en vertu de la GARANTIE D'ASSURANCE VIE STANDARD DE L'ADHÉRENT.

De plus, ce droit peut être exercé par un conjoint, advenant la fin de son assurance vie:

- a) suite au décès de l'adhérent;
- b) suite à son exclusion d'une catégorie admise à l'assurance.

FIN DE LA PROTECTION

La protection d'assurance vie étendue du conjoint prend fin à la date qui survient la première parmi les suivantes :

- la date à laquelle votre conjoint atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans;
- la date à laquelle votre conjoint ne rencontre plus les critères prévus dans la définition de conjoint;
- à votre cessation d'emploi, le jour de votre retraite ou lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans, selon la première éventualité.

ASSURANCE VIE ÉTENDUE DES ENFANTS À CHARGE

OBJET DE LA GARANTIE

Advenant le décès d'un enfant à charge pendant que la présente assurance est en vigueur, l'assureur s'engage à vous verser le montant d'assurance vie étendue que vous avez souscrit pour l'enfant à charge, conformément au Sommaire des garanties et tel qu'indiqué sur votre carte d'identification.

EXCLUSION

Si l'enfant à charge meurt par suite de **suicide** ou des suites de toute tentative de suicide au cours des **deux** premières années qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie (incluant la période d'assurance en vertu du contrat antérieur, le cas échéant), de la remise en vigueur ou de toute augmentation du montant de la garantie, qu'il ait été sain d'esprit ou non lors du suicide ou de la tentative de suicide, l'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est nulle et sans effet et la responsabilité de l'assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE

Les dispositions de la GARANTIE D'ASSURANCE VIE STANDARD concernant l'exonération des primes en cas d'invalidité totale s'appliquent également à la GARANTIE D'ASSURANCE VIE ÉTENDUE DES ENFANTS À CHARGE en vigueur au moment de l'invalidité.

FIN DE LA PROTECTION

La protection d'assurance vie étendue des enfants à charge prend fin à la date qui survient la première parmi les suivantes :

- votre date de cessation d'emploi,
- la date de votre retraite
- la date de votre 65^e anniversaire
- la date à laquelle l'enfant à charge cesse de répondre aux critères prévus dans la définition d'enfant à charge.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

OBJET DE LA GARANTIE

Si, à la suite d'une maladie ou d'un accident, vous devenez **totale**ment invalide pendant que votre assurance est en vigueur, l'assureur vous verse les prestations mensuelles indiquées au Sommaire des garanties, à la condition que vous soyez sous les soins d'un médecin. Le délai de carence et la durée maximale du paiement des prestations sont aussi indiqués au Sommaire des garanties.

DÉFINITIONS COMPLÉMENTAIRES

Délai de carence

Période constituée par les premières journées consécutives d'une invalidité totale pour lesquelles aucune prestation n'est payable.

Durant le délai de carence, les périodes successives d'invalidité, attribuables à la même cause ou à des causes connexes, sont considérées comme une même période d'invalidité, à moins qu'elles ne soient séparées par au moins deux semaines consécutives de travail à temps plein.

Invalidité totale

Aux fins de l'assurance salaire de longue durée, l'**invalidité totale** signifie que vous êtes sous les soins d'un médecin et que

- pendant le délai de carence et la période de **deux ans** qui suit immédiatement la fin du délai de carence, vous êtes incapable d'accomplir l'ensemble des tâches inhérentes à l'emploi que vous occupiez au début de votre invalidité; et
- par la suite, que vous êtes incapable d'occuper un emploi rémunérateur qui soit compatible avec votre formation, votre éducation et votre expérience.

Programme de réadaptation désigne un programme qui est conçu de façon à vous permettre de vous réintégrer au marché du travail d'une manière qui convient à vos capacités.

EXONÉRATION DES PRIMES

Le paiement des primes relatives à l'assurance pour la présente garantie est exonéré **à compter du 1^{er} jour du mois suivant le début des prestations** et ce, aussi longtemps que les prestations mensuelles vous sont versées en raison de votre invalidité totale.

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ

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

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

Si votre nouvelle invalidité est attribuable à des causes complètement indépendantes de l'invalidité antérieure et que vous avez repris activement votre travail pendant au moins un jour entier, vous serez de nouveau admissible à une période d'indemnisation, sous réserve du délai de carence.

PROGRAMME DE RÉADAPTATION

Pendant que vous recevez des prestations d'assurance salaire de longue durée, vous pouvez prendre part à un programme d'emploi de réadaptation pouvant aller jusqu'à 24 mois, sans que cela affecte votre droit de recevoir des prestations, à condition que le programme soit sous la surveillance de votre médecin et approuvé par l'assureur.

Pendant que vous participez à un programme de réadaptation, vos prestations sont réduites de 50 % de la rémunération mensuelle reçue en vertu du programme, à condition que le total de vos prestations et du revenu tiré du programme de réadaptation n'excède pas votre revenu avant le début de l'invalidité.

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.

INDEXATION

(Protection étendue seulement)

Au premier janvier de chaque année, les prestations alors versées pour une invalidité totale en cours à cette date et ayant persisté plus de 12 mois depuis l'expiration du délai de carence sont indexées selon IPC (indice des prix à la consommation établi par Statistique Canada), sous réserve du pourcentage maximal d'indexation indiqué au Sommaire des garanties.

EXCLUSIONS

1. Réduction

Vos prestations mensuelles sont réduites, le cas échéant, des revenus suivants :

- prestations d'invalidité du Régime des rentes du Québec (RRQ) ou du Régime de pensions du Canada (RPC) (à l'exclusion de toutes prestations payables pour ce qui est des enfants à charge);
- prestations reçues de toute commission de la santé et de la sécurité au travail;
- prestations d'invalidité payables au titre d'un autre régime d'État;
- prestations d'invalidité reçues dans le cadre de tout régime d'assurance collective;
- prestations d'invalidité reçues en vertu de toute loi sur l'assurance automobile;
- salaire ou sommes reçues de tout employeur (incluant les indemnités de départ);
- prestations de retraite payables par tout employeur ou par l'État.

Toutefois, le montant de toute augmentation sur les prestations d'invalidité payables en vertu des lois et régimes énoncés au présent paragraphe, accordé en guise d'ajustement au coût de la vie ne fait pas l'objet de déductions.

2. Coordination

Dans le cas où la somme des prestations mensuelles payables en vertu de la présente garantie et de tout autre revenu d'invalidité énoncé à l'alinéa **1. Réduction** qui précède, plus toute prestation familiale payable en vertu du Régime des rentes du Québec (RRQ) ou du Régime de pensions du Canada (RPC) excède 85% du revenu mensuel net, les prestations mensuelles payables en vertu de la présente garantie sont réduites de façon à ce que le pourcentage mentionné ci-dessus ne soit pas dépassé.

3. Alcoolisme et toxicomanie

Si l'invalidité 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.

4. Exclusions

De plus, aucune prestation n'est payable au cours des périodes suivantes :

- la période pour laquelle vous recevez des prestations de maternité en vertu d'une loi provinciale ou fédérale;
- le congé de maternité ou parental pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou à une entente avec votre employeur
- période durant laquelle vous êtes en congé autorisé par l'employeur ou en mise à pied temporaire
- la partie d'une période d'invalidité au cours de laquelle vous êtes incarcéré dans un pénitencier ou toute autre maison de correction, par suite de condamnation pour infraction criminelle ou autre délit.

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 ou blessure subie durant une guerre;
- blessure subie durant la commission ou la tentative de commission d'un acte criminel.

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

- de refus de se soumettre à un examen médical demandé par l'assureur;
- de refus de participer à un programme médical ou de réadaptation que l'assureur et votre médecin traitant jugent raisonnable et approprié;
- de refus de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de la persistance de l'invalidité;
- d'occupation d'un emploi rémunérateur, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation;
- de déménagement hors du Canada, sauf lorsque l'assureur a été avisé par écrit et a donné son accord préalable; ou
- lorsque votre invalidité ne répond plus à la définition donnée dans le présent document.

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 d'assurance salaire de longue durée prend fin à la cessation d'emploi, à la retraite ou lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans, selon la première échéance.

ASSURANCE MÉDICAMENTS

Cette garantie 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 pour chacune des protections.

FRANCHISE

La franchise est la partie des frais qui doit être payée 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 de régime.

LA FRANCHISE DE LA GARANTIE D'ASSURANCE MÉDICAMENTS (s'il y en a une) EST COMBINÉE AVEC CELLE DE LA **GARANTIE D'ASSURANCE ACCIDENT/MALADIE** DÉCRITE DANS LA PROCHAINE SECTION. Une seule franchise doit donc être satisfaite pour ces deux garanties.

Veillez vous référer au Sommaire des garanties pour connaître le montant de la franchise applicable à chacune des trois protections.

MÉDICAMENTS ADMISSIBLES

Les frais de médicaments compris dans la **liste régulière** de l'assureur. Cette **liste régulière** de l'assureur comprend les frais usuels et raisonnables de médicaments et produits disponibles sur ordonnance seulement, achetés au Canada, prescrits par un médecin ou un dentiste et dispensés par un pharmacien, qui sont utilisés en cas de grossesse, de maladie ou d'accident et dont la quantité ne dépasse pas une provision de 90 jours.

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

Limitation :

- les médicaments servant à traiter la dysfonction érectile sont limités à une prestation maximale de 500 \$ par assuré, par année de régime;
- les médicaments pour les traitements de fertilité sont limités à une prestation maximale de à 2 500 \$ viager par assuré;

Sont également inclus:

- tout médicament pouvant être injecté ou tout sérum, prescrit par un médecin dans le but de traiter une maladie (dans le cas des injections sclérosantes à des fins médicales, le remboursement est de 20 \$ par visite);
- les vaccins et immunisations pour le traitement préventif des maladies transmissibles;
- 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;
- certains médicaments 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;
- les produits anti-tabagiques, jusqu'à concurrence du montant admissible en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments (RAMQ), par assuré, par année de régime;
- Botox pour des raisons médicales.

La présente garantie doit, en tout temps, inclure les médicaments et produits 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 ou d'un dentiste; certains des médicaments de la liste de la RAMQ ne sont couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminées par règlement, entre autres dans les cas des médicaments d'exception.

EXCLUSIONS

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 protéines ou suppléments diététiques, les acides aminés;
- les préparations alimentaires pour nourrissons;
- les produits de toilette, y compris les savons et les émoullissants;
- les substances adoucissantes et protectrices pour la peau;
- les minéraux;
- les produits homéopathiques;
- les stimulants pour la pousse des cheveux;
- les stimulants sexuels;
- les stéroïdes anabolisants;
- les hormones de croissance;
- les médicaments et les injections reliés à des traitements amaigrissants (sauf Xenical et Meridia);
- les médicaments administrés à des fins expérimentales;
- 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 shampoings, 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 des accidents de travail ou toute autre loi ou régime semblable sont également exclus.
- Services, soin ou produits que l'assuré reçoit gratuitement.

FIN DE LA PROTECTION

La protection d'assurance médicaments 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 (sauf en cas de décès) ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première éventualité.

PRESTATIONS AUX SURVIVANTS

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

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

DISPOSITIONS APPLICABLES AUX RÉSIDANTS DU QUÉBEC

Lorsqu'ils atteignent **65 ans**, l'adhérent et son conjoint ont une décision à prendre relativement à la couverture de leurs médicaments.

Décision d'adhérer au régime de la RAMQ

L'adhérent ou son conjoint qui atteint l'âge de 65 ans **peut choisir** de s'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 des médicaments du régime d'assurance collective.

Ce choix est alors irrévocable.

Si, à 65 ans, l'adhérent décide d'adhérer au régime de la RAMQ, lui-même et ses personnes à charge, quel que soit leur âge, ne sont plus admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance collective (sauf la couverture complémentaire décrite dans les points 1. et 2. ci-dessous).

De même, si le conjoint décide, à 65 ans, d'adhérer au régime de la RAMQ, il ne sera plus admissible à des prestations en vertu du régime d'assurance collective (sauf la couverture complémentaire décrite dans les points 1. et 2. ci-dessous).

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

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

Décision de se désister de la RAMQ à l'âge de 65 ans

Lorsqu'un résidant du Québec atteint l'âge de 65 ans, la RAMQ l'inscrit automatiquement comme bénéficiaire de son régime d'assurance médicaments. L'adhérent ou le conjoint qui atteint l'âge de 65 ans **doit donc annuler son inscription au régime de la RAMQ** pour continuer sa couverture en vertu du régime d'assurance collective.

À 65 ans, l'employé actif peut décider de demeurer couvert par le présent régime, selon qu'il détient une couverture individuelle ou familiale et ce, **sans surprime**.

À 65, le retraité qui décide de demeurer couvert par le présent régime doit cependant **payer une surprime** (dont le montant varie selon qu'il détient une couverture individuelle ou familiale) et ce, tel que mentionné dans les conditions de renouvellement du contrat.

ASSURANCE 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 chacune des trois protections, conformément au Sommaire des garanties.

Les frais doivent être engagés dans la province de résidence de l'assuré. Référez-vous à la Garantie d'assurance voyage pour connaître les frais admissibles hors province et hors Canada.

FRANCHISE

La franchise est la partie des frais qui doit être payée 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 de régime.

LA FRANCHISE DE LA GARANTIE D'ASSURANCE ACCIDENT/MALADIE (s'il y en a une) EST COMBINÉE AVEC CELLE DE LA **GARANTIE D'ASSURANCE MÉDICAMENTS** DÉCRITE DANS LA SECTION PRÉCÉDENTE.

Une seule franchise doit donc être satisfaite pour ces deux garanties.

Veillez vous référer au Sommaire des garanties pour connaître le montant de la franchise et savoir à quels frais admissibles elle s'applique.

CONDITIONS DE REMBOURSEMENT

Les frais admissibles doivent :

- être usuels et raisonnables;
- être nécessaires du point de vue médical et, sauf indication à l'effet contraire, être recommandés par un médecin.

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 traitements dans les limites de sa compétence.

FRAIS ADMISSIBLES

PROTECTION DE BASE

1. Frais d'hospitalisation

- 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, pour son séjour en chambre semi-privée ou en chambre privée, tant qu'il a droit à des soins assurés, et jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum de 120 \$ par jour;
- les frais pour un séjour dans une maison de convalescence, un centre de réadaptation ou un hôpital de soins chroniques, si l'assuré y est admis moins de 7 jours après avoir obtenu son congé d'un hôpital où il recevait des soins actifs pendant au moins 5 jours consécutifs, jusqu'à concurrence du montant que l'hôpital est en droit de se faire payer par un patient pour un séjour en **chambre semi-privée**, avec un maximum de 180 jours **par invalidité**.

Récidive d'invalidité

Une nouvelle période d'indemnisation maximale de 180 jours est applicable si l'assuré engage les frais décrits ci-dessus :

- pour une maladie ou une blessure n'ayant aucun lien avec la maladie ou la blessure qui avait motivé le séjour antérieur; ou
- si, depuis le séjour antérieur, il s'est écoulé au moins 14 jours consécutifs durant lesquels l'assuré n'a pas séjourné comme patient dans un hôpital, une maison de convalescence ou un établissement de réadaptation physique.

2. Service ambulancier

- Les frais de transport par ambulance autorisée en provenance ou à destination du plus proche établissement médical en mesure d'offrir le traitement nécessaire.
- Si médicalement nécessaire, transport par ambulance autorisée (y compris par avion sanitaire) ou tout moyen de transport public, y compris la liaison entre l'aéroport et l'hôpital, en vue du transfert du patient jusqu'au plus proche hôpital ou établissement médical en mesure de donner des soins.

3. Soins infirmiers

Les services d'un infirmier licencié (ou d'un infirmier auxiliaire si un infirmier licencié n'est pas disponible), qui n'a aucun lien de parenté, ni par le sang, ni par alliance, avec l'adhérent ou avec l'une des personnes à sa charge et qui ne réside pas habituellement chez celui-ci, ni chez l'une des personnes à sa charge, à condition que ces services soient fournis au domicile de l'assuré et qu'ils ne soient pas administrés principalement à titre de surveillance, sous réserve d'un remboursement maximum global de 10 000 \$ par assuré, par année de régime.

4. Tests diagnostiques et bilans de santé

- Tests diagnostiques et tests de dépistage
Lorsqu'ils sont jugés nécessaires pour le dépistage d'une maladie ou à la suite d'un accident, notamment :
 - les frais d'analyses de laboratoire, de radiographies, de tomographies, d'électrocardiogrammes, d'échographies dans un bureau privé, de Prénatest (incluant l'échographie et prise de sang) et d'imagerie par résonance magnétique.

- Bilans de santé
Les bilans de santé, à l'exception des frais administratifs demandés par la clinique, sont limités à un bilan de santé par année de régime.

5. Autres frais médicaux

- les frais d'achat de plâtres, de bandages herniaires, de pansements chirurgicaux, d'attelles, de supports et d'orthèses orthopédiques, ainsi que les frais de location ou d'achat de béquilles, de cannes ou de marchettes;
- avec l'approbation préalable de l'assureur, les frais de location ou d'achat d'un fauteuil roulant, jusqu'à concurrence du coût d'un fauteuil roulant manuel standard ou d'un lit d'hôpital manuel standard pour patient alité;
- l'oxygène et la location d'appareils en vue de son administration ainsi que les appareils d'aide respiratoire;
- l'achat de membres artificiels (y compris les bonnets couvre-moignons), et les prothèses oculaires;
- l'achat de prothèses mammaires, lorsqu'elles sont requises à la suite d'une mastectomie, jusqu'à concurrence de 300 \$ par 2 années de régime. Les soutiens-gorge chirurgicaux sont également remboursables, jusqu'à concurrence de 2 soutiens-gorge par année de régime;
- l'achat des prothèses capillaires requises pour des raisons médicales, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année de régime;
- les frais de bas de soutien, sous réserve d'un remboursement maximum de 25 \$ par assuré, par année de régime;
- les frais d'achat de stérilets;
- l'achat d'un réflectomètre ou d'un glucomètre, sous réserve d'un remboursement maximum global de 250 \$ par période de soixante (60) mois consécutifs;
- l'achat d'une pompe à insuline y compris le matériel connexe jetable;
- l'achat de fournitures reliées à la colostomie, l'iléostomie et l'urétérostomie.

6. Lentilles intraoculaires

Le coût de lentilles intraoculaires implantées lors d'une chirurgie de la cataracte, jusqu'à concurrence de 200 \$ par œil par période de 24 mois.

7. Soins dentaires

Les soins dentaires requis pour la réparation et le remplacement de dents naturelles saines endommagées par suite d'un coup accidentel reçu pendant que la personne est assurée en vertu de la présente garantie. Les soins doivent commencer dans les 90 jours suivant la date de l'accident et être donnés dans les deux ans suivant cette date.

Les montants admissibles sont établis selon le Guide des tarifs suggérés des actes bucco-dentaires approuvés par l'Association des chirurgiens dentistes de la province de résidence de l'assuré.

8. Stérilet

Les frais d'achat de stérilets.

1. Frais d'hospitalisation

- Les frais d'hospitalisation d'un assuré qui est admis pour soins actifs dans un hôpital comme malade alité ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de son assurance, pour son séjour en chambre semi-privée ou en chambre privée, tant qu'il a droit à des soins assurés, et jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum de 120 \$ par jour;
- les frais pour un séjour dans une maison de convalescence, un centre de réadaptation ou un hôpital de soins chroniques, si l'assuré y est admis moins de 7 jours après avoir obtenu son congé d'un hôpital où il recevait des soins actifs pendant au moins 5 jours consécutifs, jusqu'à concurrence du montant que l'hôpital est en droit de se faire payer par un patient pour un séjour en **chambre semi-privée**, avec un maximum de 180 jours **par invalidité**.

Récidive d'invalidité

Une nouvelle période d'indemnisation maximale de 180 jours est applicable si l'assuré engage les frais décrits ci-dessus :

- pour une maladie ou une blessure n'ayant aucun lien avec la maladie ou la blessure qui avait motivé le séjour antérieur; ou
- si, depuis le séjour antérieur, il s'est écoulé au moins 14 jours consécutifs durant lesquels l'assuré n'a pas séjourné comme patient dans un hôpital, une maison de convalescence ou un établissement de réadaptation physique.

2. Service ambulancier

- Les frais de transport par ambulance autorisée en provenance ou à destination du plus proche établissement médical en mesure d'offrir le traitement nécessaire.
- Si médicalement nécessaire, transport par ambulance autorisée (y compris par avion sanitaire) ou tout moyen de transport public, y compris la liaison entre l'aéroport et l'hôpital, en vue du transfert du patient jusqu'au plus proche hôpital ou établissement médical en mesure de donner des soins.

3. Soins infirmiers

Les services d'un infirmier licencié (ou d'un infirmier auxiliaire si un infirmier licencié n'est pas disponible), qui n'a aucun lien de parenté, ni par le sang, ni par alliance, avec l'adhérent ou avec l'une des personnes à sa charge et qui ne réside pas habituellement chez celui-ci, ni chez l'une des personnes à sa charge, à condition que ces services soient fournis au domicile de l'assuré et qu'ils ne soient pas administrés principalement à titre de surveillance, sous réserve d'un remboursement maximum global de 10 000 \$ par assuré, par année de régime.

4. Soins de la vue

- Le coût des lunettes ou des lentilles cornéennes prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste ainsi que les frais d'une chirurgie oculaire au laser, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum global de 200 \$ par assuré, par période de 24 mois consécutifs.

Sont exclus :

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

- Examen de la vue
L'examen de la vue par un ophtalmologiste ou un optométriste, jusqu'à concurrence d'un remboursement de 40 \$ par période de 24 mois consécutifs.

5. Tests diagnostiques et bilans de santé

- Tests diagnostiques et tests de dépistage
Lorsqu'ils sont jugés nécessaires pour le dépistage d'une maladie ou à la suite d'un accident, notamment :
 - les frais d'analyses de laboratoire, de radiographies, de tomographies, d'électrocardiogrammes, d'échographies dans un bureau privé, de Prénatest (incluant l'échographie et prise de sang) et d'imagerie par résonance magnétique.
- Bilans de santé
Les bilans de santé, à l'exception des frais administratifs demandés par la clinique, sont limités à un bilan de santé par année de régime.

6. Autres frais médicaux

- les frais d'achat de plâtres, de bandages herniaires, de pansements chirurgicaux, d'attelles, de supports et d'orthèses orthopédiques, ainsi que les frais de location ou d'achat de béquilles, de cannes ou de marchettes;
- avec l'approbation préalable de l'assureur, les frais de location ou d'achat d'un fauteuil roulant, jusqu'à concurrence du coût d'un fauteuil roulant manuel standard ou d'un lit d'hôpital manuel standard pour patient alité;
- l'oxygène et la location d'appareils en vue de son administration ainsi que les appareils d'aide respiratoire;
- l'achat de membres artificiels (y compris les bonnets couvre-moignons), et les prothèses oculaires;
- l'achat de prothèses mammaires, lorsqu'elles sont requises à la suite d'une mastectomie, jusqu'à concurrence de 300 \$ par 2 années de régime. Les soutiens-gorge chirurgicaux sont également remboursables, jusqu'à concurrence de 2 soutiens-gorge par année de régime;
- l'achat des prothèses capillaires requises pour des raisons médicales, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année de régime;
- les frais de bas de soutien, sous réserve d'un remboursement maximum de 25 \$ par assuré, par année de régime;
- les frais d'achat de stérilets;
- l'achat d'un réflectomètre ou d'un glucomètre, sous réserve d'un remboursement maximum global de 250 \$ par période de soixante (60) mois consécutifs;
- l'achat d'une pompe à insuline y compris le matériel connexe jetable;
- l'achat de fournitures reliées à la colostomie, l'iléostomie et l'urétérostomie.

7. Lentilles intraoculaires

Le coût de lentilles intraoculaires implantées lors d'une chirurgie de la cataracte, jusqu'à concurrence de 200 \$ par œil par période de 24 mois.

8. Soins dentaires

Les soins dentaires requis pour la réparation et le remplacement de dents naturelles saines endommagées par suite d'un coup accidentel reçu pendant que la personne est assurée en vertu de la présente garantie. Les soins doivent commencer dans les 90 jours suivant la date de l'accident et être donnés dans les deux ans suivant cette date.

Les montants admissibles sont établis selon le Guide des tarifs suggérés des actes bucco-dentaires approuvés par l'Association des chirurgiens dentistes de la province de résidence de l'assuré.

9. Stérilet

Les frais d'achat de stérilets.

10. Services paramédicaux (sans recommandation médicale)

Les services d'un acupuncteur, d'un audiologiste, d'un chiropraticien, d'un diététiste, d'un ergothérapeute, d'un homéopathe, d'un massothérapeute, d'un naturopathe, d'un orthophoniste, d'un ostéopathe, d'un physiothérapeute (ou technicien en réadaptation physique ou thérapeute du sport), d'un podiatre, d'un podologue, d'un psychologue et d'un psychothérapeute, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum de 800 \$ par assuré, par année de régime, pour l'ensemble des professionnels.

Sont également inclus les frais de radiographies prises par un professionnel mentionné ci-dessus, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 50 \$ par assuré, par année de régime, pour l'ensemble des professionnels.

11. Prothèses auditives

Les frais d'achat et de réparation de prothèses auditives, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum de 500 \$ par assuré, par période de 3 années de régime.

12. Chaussures orthopédiques

L'achat de chaussures orthopédiques (chaussures profondes et chaussures faites sur mesure), ainsi que d'orthèses podiatriques, jusqu'à concurrence d'un maximum d'une (1) paire de chaussures et d'une (1) paire d'orthèses par assuré, par année de régime. L'achat doit être effectué auprès d'un fournisseur reconnu d'appareils orthopédiques. La recommandation médicale doit être présentée à l'assureur lors de l'achat initial et lors de tout achat subséquent.

1. Frais d'hospitalisation

- Les frais d'hospitalisation d'un assuré qui est admis pour soins actifs dans un hôpital comme malade alité ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de son assurance, pour son séjour en chambre semi-privée ou en chambre privée, tant qu'il a droit à des soins assurés, et jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum de 120 \$ par jour;
- les frais pour un séjour dans une maison de convalescence, un centre de réadaptation ou un hôpital de soins chroniques, si l'assuré y est admis moins de 7 jours après avoir obtenu son congé d'un hôpital où il recevait des soins actifs pendant au moins 5 jours consécutifs, jusqu'à concurrence du montant que l'hôpital est en droit de se faire payer par un patient pour un séjour en **chambre semi-privée**, avec un maximum de 180 jours **par invalidité**.

Récidive d'invalidité

Une nouvelle période d'indemnisation maximale de 180 jours est applicable si l'assuré engage les frais décrits ci-dessus :

- pour une maladie ou une blessure n'ayant aucun lien avec la maladie ou la blessure qui avait motivé le séjour antérieur; ou
- si, depuis le séjour antérieur, il s'est écoulé au moins 14 jours consécutifs durant lesquels l'assuré n'a pas séjourné comme patient dans un hôpital, une maison de convalescence ou un établissement de réadaptation physique.

2. Service ambulancier

- Les frais de transport par ambulance autorisée en provenance ou à destination du plus proche établissement médical en mesure d'offrir le traitement nécessaire.
- Si médicalement nécessaire, transport par ambulance autorisée (y compris par avion sanitaire) ou tout moyen de transport public, y compris la liaison entre l'aéroport et l'hôpital, en vue du transfert du patient jusqu'au plus proche hôpital ou établissement médical en mesure de donner des soins.

3. Soins infirmiers

Les services d'un infirmier licencié (ou d'un infirmier auxiliaire si un infirmier licencié n'est pas disponible), qui n'a aucun lien de parenté, ni par le sang, ni par alliance, avec l'adhérent ou avec l'une des personnes à sa charge et qui ne réside pas habituellement chez celui-ci, ni chez l'une des personnes à sa charge, à condition que ces services soient fournis au domicile de l'assuré et qu'ils ne soient pas administrés principalement à titre de surveillance, sous réserve d'un remboursement maximum global de 10 000 \$ par assuré, par année de régime.

4. Soins de la vue

- Lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie oculaire au laser
Le coût des lunettes ou des lentilles cornéennes prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste ainsi que les frais d'une chirurgie oculaire au laser, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum global de 400 \$ par assuré, par période de 24 mois consécutifs.

Sont exclus:

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

- Examen de la vue

L'examen de la vue par un ophtalmologiste ou un optométriste, jusqu'à concurrence d'un remboursement de 40 \$ par période de 24 mois consécutifs.

5. Tests diagnostiques et bilans de santé

- Tests diagnostiques et tests de dépistage
Lorsqu'ils sont jugés nécessaires pour le dépistage d'une maladie ou à la suite d'un accident, notamment :
 - les frais d'analyses de laboratoire, de radiographies, de tomographies, d'électrocardiogrammes, d'échographies dans un bureau privé, de Prénatest (incluant l'échographie et prise de sang) et d'imagerie par résonance magnétique.
- Bilans de santé
Les bilans de santé, à l'exception des frais administratifs demandés par la clinique, sont limités à un bilan de santé par année de régime.

6. Autres frais médicaux

- les frais d'achat de plâtres, de bandages herniaires, de pansements chirurgicaux, d'attelles, de supports et d'orthèses orthopédiques, ainsi que les frais de location ou d'achat de béquilles, de cannes ou de marchettes;
- avec l'approbation préalable de l'assureur, les frais de location ou d'achat d'un fauteuil roulant, jusqu'à concurrence du coût d'un fauteuil roulant manuel standard ou d'un lit d'hôpital manuel standard pour patient alité;
- l'oxygène et la location d'appareils en vue de son administration ainsi que les appareils d'aide respiratoire;
- l'achat de membres artificiels (y compris les bonnets couvremain), et les prothèses oculaires;
- l'achat de prothèses mammaires, lorsqu'elles sont requises à la suite d'une mastectomie, jusqu'à concurrence de 300 \$ par 2 années de régime. Les soutiens-gorge chirurgicaux sont également remboursables, jusqu'à concurrence de 2 soutiens-gorge par année de régime;
- l'achat des prothèses capillaires requises pour des raisons médicales, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année de régime;
- les frais de bas de soutien, sous réserve d'un remboursement maximum de 25 \$ par assuré, par année de régime;
- les frais d'achat de stérilets;
- l'achat d'un réflectomètre ou d'un glucomètre, sous réserve d'un remboursement maximum global de 250 \$ par période de soixante (60) mois consécutifs;
- l'achat d'une pompe à insuline y compris le matériel connexe jetable;
- l'achat de fournitures reliées à la colostomie, l'iléostomie et l'urétérostomie.

7. Lentilles intraoculaires

Le coût de lentilles intraoculaires implantées lors d'une chirurgie de la cataracte, jusqu'à concurrence de 200 \$ par œil par période de 24 mois.

8. Soins dentaires

Les soins dentaires requis pour la réparation et le remplacement de dents naturelles saines endommagées par suite d'un coup accidentel reçu pendant que la personne est assurée en vertu de la présente garantie. Les soins doivent commencer dans les 90 jours suivant la date de l'accident et être donnés dans les deux ans suivant cette date.

Les montants admissibles sont établis selon le Guide des tarifs suggérés des actes bucco-dentaires approuvés par l'Association des chirurgiens dentistes de la province de résidence de l'assuré.

9. Stérilet

Les frais d'achat de stérilets.

10. Services paramédicaux (sans recommandation médicale)

Les services d'un acupuncteur, d'un audiologiste, d'un chiropraticien, d'un diététiste, d'un ergothérapeute, d'un homéopathe, d'un massothérapeute, d'un naturopathe, d'un orthophoniste, d'un ostéopathe, d'un physiothérapeute (ou technicien en réadaptation physique ou thérapeute du sport), d'un podiatre, d'un podologue, d'un psychologue et d'un psychothérapeute, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum de 1 500 \$ par assuré, par année de régime, pour l'ensemble des professionnels.

Sont également inclus les frais de radiographies prises par un professionnel mentionné ci-dessus, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 50 \$ par assuré, par année de régime, pour l'ensemble des professionnels.

11. Prothèses auditives

Les frais d'achat et de réparation de prothèses auditives, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum de 500 \$ par assuré, par période de 3 années de régime.

12. Chaussures orthopédiques

L'achat de chaussures orthopédiques (chaussures profondes et chaussures faites sur mesure), ainsi que d'orthèses podiatriques, jusqu'à concurrence d'un maximum de deux (2) paires de chaussures et de deux (2) paires d'orthèses, par assuré, par année de régime. L'achat doit être effectué auprès d'un fournisseur reconnu d'appareils orthopédiques. La recommandation médicale doit être présentée à l'assureur lors de l'achat initial et lors de tout achat subséquent.

EXCLUSIONS

La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :

- les soins médicaux auxquels un assuré a droit en vertu de toute loi fédérale ou provinciale, ou qui sont couverts en vertu d'une telle loi;
- les services, les soins ou les produits que l'assuré reçoit gratuitement;
- les services, les soins ou les produits administrés à des fins expérimentales;
- les soins de nature préventive (à l'exception des vaccins et du bilan de santé annuel admissible);
- les traitements ou prothèses à des fins esthétiques;
- les services d'une infirmière à domicile lorsque celle-ci agit à titre de sage-femme, de psychothérapeute ou que l'infirmier prodigue des soins autres que des soins infirmiers;
- les soins dentaires, à l'exception des traitements prévus à la suite d'un accident;
- tous frais reliés à la planification des naissances (sauf les stérilets), y compris l'insémination artificielle et les frais de laboratoire ou autres reliés aux traitements de fertilité de toute nature, que l'infertilité soit ou non considérée comme une maladie;
- les frais relatifs à la production et à l'obtention de certificats médicaux;
- tous frais, services, articles ou produits n'apparaissant pas à l'article FRAIS ADMISSIBLES de la présente garantie;
- soins dispensés par une personne qui réside habituellement chez l'assuré ou qui est unie à l'assuré par les liens du sang ou du mariage;
- tous frais qui n'auraient pas été exigés si l'assuré n'avait pas eu d'assurance en vertu de la présente garantie;
- les frais pour tous soins, traitements, services ou produits autres que ceux qui sont déclarés nécessaires au traitement de la blessure ou de la maladie par les autorités compétentes;
- tous frais engagés hors de la province de résidence de l'assuré (ces frais sont couverts dans la garantie d'assurance voyage) ;
- les frais engagés en raison d'une maladie ou d'un accident relevant d'une Commission des accidents de travail ou de toute autre loi ou de tout autre régime semblable;
- les frais admissibles qui découlent directement ou indirectement
 - de dommages corporels que l'assuré s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
 - blessure subie lors de la participation active de l'assuré à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, sauf dans l'accomplissement de ses fonctions, ou blessure subie durant une guerre.
 - perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel.

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 (sauf en cas de décès) ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

PRESTATIONS AUX SURVIVANTS

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

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

ASSURANCE VOYAGE

POUR BÉNÉFICIER DE CETTE GARANTIE, VOUS ET VOS PERSONNES À CHARGE DEVEZ EN TOUT TEMPS ÊTRE COUVERTS PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DE VOTRE PROVINCE DE RÉSIDENCE.

L'assurance voyage comprend trois sections :

- i. assurance médico-hospitalière
- ii. assurance annulation et interruption de voyage
- iii. assurance bagages.

Les remboursements sont limités aux frais admissibles en excédent de ceux couverts en vertu de tout autre régime. Lorsque le tribunal détermine qu'une couverture primaire est offerte en vertu du contrat et tout autre régime, la présente garantie sera coordonnée avec l'autre régime.

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

Tous les montants d'argent mentionnés ci-après de même que toutes les sommes payables en vertu de la présente garantie sont en monnaie légale du Canada.

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 (ou dans les 90 jours précédant la date de réservation dans le cas de l'Assurance annulation et interruption de voyage), 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'examen 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.

ASSURANCE MÉDICO-HOSPITALIÈRE

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

Le régime rembourse les frais usuels et raisonnables engagés par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie, jusqu'à concurrence de 5 000 000 \$ à vie 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 et soins médicaux

- 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 services 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 obtenus sur ordonnance d'un médecin dans le cadre d'un traitement d'urgence;
- les soins dentaires requis pour la réparation et le remplacement de dents naturelles saines endommagées par suite d'un coup accidentel, jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par accident, par assuré. Le traitement doit 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 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;

- pour l'État de la Floride, vous diriger vers une clinique ou un hôpital approprié membre du réseau *Preferred Patient Care*;
- pour l'État de la Caroline du Sud, vous diriger vers une clinique ou un hôpital approprié membre du réseau *Preferred Personal Care*;
- pour les autres destinations, vous diriger vers une clinique ou un hôpital approprié et avancer les fonds à l'hôpital, si nécessaire;

- confirmer la couverture de l'assurance médicale afin de vous éviter un dépôt monétaire 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.

ASSURANCE ANNULATION ET INTERRUPTION DE VOYAGE

L'assurance annulation et interruption de voyage rembourse les sommes qui ne sont pas remboursables à la date où l'annulation survient, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ par assuré, par événement.

Déclaration du sinistre

Lorsqu'un événement mentionné dans les risques assurés survient avant la date du départ, l'assuré doit contacter son agent de voyage ou le transporteur, selon le cas, dans les 48 heures qui suivent l'événement afin d'annuler le voyage et l'assuré doit aviser l'assureur dans le même délai.

Causes d'annulation ou d'interruption couvertes

L'assurance s'applique lorsque vous êtes obligé d'annuler votre départ, d'interrompre ou de prolonger votre voyage par suite :

- de maladie, hospitalisation, lésion corporelle ou décès de votre part ou de celle d'un membre de votre famille, de votre compagnon de voyage ou d'un membre de la famille de votre compagnon de voyage;
- de maladie, hospitalisation, lésion corporelle ou décès d'un associé d'affaires ou d'un employé clé;
- diagnostic de grossesse après la date d'achat du voyage (ou la date du dépôt initial non remboursable), si la date de départ ou de retour se situe dans les huit semaines qui précèdent ou qui suivent la date prévue de l'accouchement ;
- de convocation à agir comme juré, mise en quarantaine ou piraterie de l'air;
- d'un sinistre qui rend votre résidence principale inhabitable;
- d'une mutation demandée par votre employeur et nécessitant un déménagement de votre résidence principale;
- d'un appel, dans le cas des officiers de police, des pompiers volontaires, des réservistes et des membres des Forces armées (à l'exclusion du service militaire durant une guerre, déclarée ou non ou participation à une force de la paix);
- de retard en raison d'une panne mécanique de la voiture, du mauvais temps, d'un accident de la route ou d'un barrage routier ordonné par la police et à la suite duquel l'assuré manque une correspondance ou ne peut poursuivre son voyage selon les arrangements prévus, à condition que la voiture ait été censée arriver au point de correspondance au moins deux heures avant l'heure prévue pour le départ;
- du décès ou de l'hospitalisation, avant votre départ, de votre hôte à destination;
- d'une assignation à comparaître comme témoin dans un procès dont l'audition est prévue pendant la période de voyage, à l'exception des officiers responsables de l'application de la loi;
- de la perte involontaire de l'emploi que vous occupiez depuis plus d'un an;
- d'un événement dans le pays de destination qui incite le gouvernement canadien à recommander à ses citoyens de ne pas voyager dans ce pays. Les arrangements de voyage doivent avoir été pris avant l'émission de la recommandation;
- de l'annulation d'une réunion d'affaires suite à une maladie, de l'hospitalisation ou d'une lésion corporelle de la personne avec qui les arrangements avaient été pris;

- du refus de votre demande de visa pour séjourner dans un pays prévu, pourvu que vous ayez été admissible à demander un visa et que le refus ne soit pas motivé par une demande tardive ou le fait que la demande ait été présentée à la suite d'un premier refus.

FRAIS ADMISSIBLES

En cas d'annulation de vacances, le régime rembourse les frais suivants :

- la portion non remboursable des frais de voyage payés à l'avance;
- les frais supplémentaires encourus si vous décidez de poursuivre le voyage lorsque votre compagnon de voyage doit annuler pour l'une des causes d'annulation couvertes, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable au moment où le compagnon de voyage doit annuler;
- le coût supplémentaire le plus économique d'un billet de retour par avion, jusqu'à votre point de départ, et la portion inutilisée et non remboursable des frais de voyage payés d'avance lorsque survient un des risques d'annulation couverts.

Le régime rembourse également les frais suivants :

- la portion non utilisée et non remboursable des frais de voyage payés d'avance, si les conditions météorologiques vous empêchent d'effectuer une correspondance avec un autre transporteur pendant un total d'au moins 30 % de la durée du voyage, et si vous décidez de ne pas poursuivre votre voyage;
- le coût supplémentaire le plus économique (avion, train ou autobus) jusqu'au point de destination lorsqu'une correspondance est manquée en raison :
 - d'un retard du transporteur devant assurer la correspondance;
 - d'un accident de la circulation dans lequel est impliquée votre voiture privée ou celle que vous avez louée, ou le taxi dans lequel vous prenez place;
- le coût supplémentaire du transport le plus économique afin de rejoindre une excursion ou un groupe si, après le départ, vous manquez une partie du voyage en raison de l'une des causes couvertes par l'assurance;
- le coût supplémentaire du billet d'avion (retour simple) le plus économique, lorsque vous devez reporter votre retour en raison d'une maladie ou d'une blessure subie par vous ou un membre de votre famille immédiate qui vous accompagne, ou par un compagnon de voyage.

ASSURANCE BAGAGES

L'assurance bagage couvre la perte ou l'endommagement des bagages appartenant à un assuré, au cours d'un voyage à l'extérieur de la province de résidence ou non, alors que le contrat est en vigueur, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum global de \$500.

Dans le cas où les bagages enregistrés seraient retardés pendant 12 heures ou plus en cours de route et avant la date de retour, l'assureur remboursera jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 250 \$ pour les frais relatifs à des articles de toilette et des vêtements de première nécessité. Une preuve du retard des bagages enregistrés par le transporteur ainsi que les reçus des achats nécessaires devront accompagner la demande de règlement présentée à l'assureur au retour du voyage de la personne assurée.

La présente garantie couvre le remboursement des frais de remplacement de passeport, permis de conduire, certificat de naissance ou visa de voyage dans le cas où ces documents sont perdus ou volés, sujet à un maximum de 50 \$.

Conditions particulières à cette garantie

- Lorsque la perte résulte d'un vol, d'un cambriolage, de vandalisme ou d'une disparition, l'assuré avertir les autorités policières aussitôt qu'il se rend compte de la perte. Le défaut de déclarer la perte aux autorités rend nulle toute demande de règlement faite en vertu des présentes à l'égard de cette perte.
- En cas de perte, l'assuré doit avertir l'assureur aussi rapidement que possible et prendre toutes les précautions raisonnables nécessaires afin de protéger, sauvegarder ou recouvrer ses biens ; il doit également avertir rapidement les autorités policières et obtenir de celles-ci une attestation écrite au sujet de la perte ; il doit enfin obtenir une attestation écrite du directeur de l'hôtel, du guide touristique ou de l'organisme de transport. Il doit de plus fournir une preuve de la perte ou des dommages et de la valeur des biens concernés, ainsi qu'une déclaration sous serment, et ce, dans les 90 jours suivant la date de la perte. Le défaut de se conformer à ces conditions rend nulles les demandes d'indemnités selon les termes de la présente garantie.
- Si les biens couverts sont consignés auprès d'un transporteur public et que la livraison est retardée après la date de terminaison de la couverture, la couverture est maintenue en vigueur jusqu'à ce que les biens soient livrés par le transporteur public.
- La responsabilité de l'assureur se limite à la valeur des biens au moment de la perte ou des dommages. L'assureur peut choisir de réparer les biens endommagés ou de remplacer les biens perdus ou endommagés par des biens de même valeur ou de même qualité.
- S'il survient une perte faisant l'objet d'une demande de règlement, le montant de la limite de responsabilité applicable est réduit du montant équivalent à cette perte.
- La présente garantie ne peut profiter, directement ou indirectement, à quelque transporteur ou à quelque caution que ce soit.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTION DE LA GARANTIE

a) applicables aux sections i. et ii.

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

- défaut de communiquer avec Canassistance en cas de consultation médicale, d'hospitalisation ou de sinistre;
- 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 (voies 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, ou 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 esthétiques;
- 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 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 frais hospitaliers ou médicaux qui ne sont pas admis par la Régie de l'assurance-maladie de la province de résidence de l'assuré;
- les produits suivants ne sont pas couverts par la présente garantie, même s'ils sont obtenus sur ordonnance :

les préparations alimentaires pour nourrissons, les suppléments ou substituts alimentaires ou diététiques de toute nature, y compris les protéines, les produits dits « naturels », les multivitamines et les médicaments « grand public », les antiacides, les produits digestifs, les laxatifs, les antidiarrhéiques, les décongestionnants, les antitussifs, les expectorants et tout autre médicament contre le rhume ou la grippe, les gargarismes, les huiles, shampoings, lotions, savons et tout autre produit dermatologique.

- 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;
- la partie des frais qui sont remboursés par la Régie de l'assurance-maladie de la province de résidence;
- dans le cas de l'assurance annulation et interruption de voyage, les frais relatifs à un voyage entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou blessée et que la condition médicale ou le décès de cette personne constitue la cause d'annulation, de retour prématuré ou de retour retardé;
- dans le cas de l'assurance annulation et interruption de voyage, l'impossibilité pour l'assuré d'obtenir le logement désiré, les difficultés financières ou l'aversion pour le voyage et le transport aérien.

b) applicables à la section iii.

Les prestations sont réduites ou non payables en cas ou à l'égard de :

- Pertes ou dommages relatifs aux biens suivants : automobiles ou équipements d'automobiles, motocycles, bicyclettes (sauf si enregistrées comme bagage auprès d'un transporteur), bateaux, moteurs ou autres véhicules ou leurs accessoires, meubles ou accessoires d'ameublement, prothèses dentaires, membres artificiels, lunettes, lentilles cornéennes, argent liquide, effets de commerce, titres, billets et documents, équipements ou biens professionnels, biens apportés dans le but d'en faire le commerce, antiquités ou objets de collection, effets périssables, cosmétiques, effets personnels, animaux ou tout article ne faisant pas partie des bagages de façon usuelle.
- Bris d'articles fragiles ou cassants, sauf en cas de feu ou de vol.
- Pertes ou dommages causés par la confiscation ou l'endommagement par ordre d'un gouvernement ou d'un organisme public, ou causés à la suite d'un transport ou d'un commerce illégal, d'une guerre, d'une manifestation, d'une rébellion ou d'hostilités entre des pays (que la guerre soit déclarée ou non).
- Pertes ou dommages causés par l'usure, la détérioration graduelle, les mites ou la vermine, ou pendant un travail ou un traitement effectué sur le bien.
- Vol commis dans une voiture, une roulotte, ou un autre véhicule laissé sans surveillance, sauf s'il était fermé à clé ou s'il était muni d'un compartiment fermé à clé et que le vol s'est produit avec effraction (dont les traces sont visibles).
- Le montant maximal payable pour la perte ou l'endommagement de chaque article faisant partie de vos bagages est de 125 \$.

Aux fins du calcul du maximum, les articles suivants sont regroupés par catégorie et chaque catégorie est considérée, en vertu du contrat, comme étant un seul article :

- **bijoux** : bijoux, montres, articles en argent, en or ou en platine ;
- **fourniture** : articles en fourrure ou garnis de fourrure ;
- **photo** : appareils photo et équipements photographiques, appareils vidéo et équipements vidéo ou audio.

De plus, le montant maximal payable pour la perte ou l'endommagement de l'ensemble des 3 catégories mentionnées ci-dessus est de 250 \$.

- En cas de perte d'un article faisant partie d'un ensemble, la perte est évaluée comme une partie raisonnable et juste de la valeur totale de l'ensemble, en tenant compte de l'importance dudit objet et étant entendu qu'une telle perte ne saurait être considérée comme la perte totale de l'ensemble.
- Perte ou dommages causés par une omission ou un acte d'imprudence de la part de l'assuré, de même que l'impossibilité de retrouver l'objet perdu sans que les circonstances de la disparition puissent être expliquées ou permettent raisonnablement de conclure à un vol.
- Perte ou dommages à un article expressément assuré en vertu d'un autre contrat au moment où la présente garantie est en vigueur.

FIN DE LA PROTECTION

La protection d'assurance voyage prend fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou lorsque vous atteignez l'âge de 75 ans, selon la première échéance. La protection des personnes à charge admissibles prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin (sauf en cas de décès) ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

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.

PRESTATIONS AUX SURVIVANTS

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

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

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, la CROIX BLEUE lui remboursera le coût de l'appel.

Les directives et numéros à composer pour communiquer avec CANASSISTANCE apparaissent à l'endos de votre carte d'identification. Ne partez pas sans elle.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Cette assurance 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 pour chacune des deux protections.

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 pour l'année civile en cours.

ÉVALUATION PRÉALABLE DES PRESTATIONS

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 ADMISSIBLES

PROTECTION STANDARD

Soins préventifs

- Examens et diagnostics
 - examen buccal complet (un tous les 24 mois)
 - examen de rappel (un par période de 9 mois)
 - examen buccal d'urgence
 - examen d'un aspect particulier
- Radiographies
 - intra-orales - périapicales
 - intra-orales - occlusales et interproximales
 - extra-orales
 - sialographies
 - pellicule panoramique (une tous les 24 mois)
 - substances radiopaques
- Tests et examens de laboratoires
 - culture microbiologique
 - biopsie
 - examen cytologique
- Services préventifs
 - polissage (1 fois par 9 mois)
 - détartrage
 - Assurés de moins de 13 ans: 1 par période de 9 mois consécutifs;
 - Autres assurés: illimité
 - application de fluorure (1 fois par 9 mois)
 - instructions d'hygiène buccale (deux fois à vie)
 - scellants de puits et fissures (assurés de moins de 18 ans)
- Appareils de maintien (assurés de moins de 18 ans)

Soins de base

- Services de restauration
 - restaurations en amalgame, acrylique, silicate ou composite
 - tenons de rétention
 - couronnes préfabriquées en acier inoxydable ou polycarbonate
- Endodontie
 - coiffage du pulpe
 - pulpotomie et pulpotomie d'urgence
 - traumatisme endodontique
 - traitement de canal
 - chirurgie endodontique
 - blanchiment (sur dent dévitalisée seulement)
 - apexification
- Parodontie
 - chirurgie parodontaire
 - jumelage provisoire
 - soin des infections aiguës
 - désensibilisants (maximum de 3 dents par période de 12 mois consécutifs)
 - autres service parodontaires complémentaires
 - curetage, incluant l'aplanissement de racines
- Ajustement des prothèses amovibles
 - ajustements mineurs
 - rebasage et regarnissage
 - nettoyage et polissage
- Chirurgie buccale
 - ablation de dents ayant fait éruption (sans complication)
 - ablation chirurgicale (complexe) : une préévaluation ou des radiographies doivent accompagner la demande de règlement
 - ablation de tumeurs ou de kystes
- Services généraux complémentaires
 - anesthésie (avec la chirurgie)
- Pansements temporaires pour le soulagement d'urgence de la douleur
- Finition des obturations

Soins de restaurations majeures

- Restaurations
 - aurification (si aucune autre substance n'est appropriée)
 - incrustation
 - incrustation en porcelaine (si aucune autre substance n'est appropriée)
- Autres services de restauration
 - corps coulé
 - pivot préfabriqué
 - recimentation d'incrustation ou de couronne
 - ablation d'incrustation ou de couronne
- Couronne (restaurations individuelles seulement), à l'exception des couronnes préfabriquées en acier inoxydable ou polycarbonate, et remplacement d'une couronne en place depuis plus de quatre ans
- Ponts fixes, prothèses permanentes amovibles partielles ou complètes, à l'exception des prothèses avec des attaches de précision ou des rupteurs de force, ou des attaches de précision et des couronnes télescopiques pour les ponts fixes, selon les conditions suivantes :
 - cette prothèse est nécessaire en raison de l'extraction d'au moins une dent naturelle pendant que l'assurance est en vigueur, ou
 - la prothèse déjà en place date d'au moins cinq ans, ou
 - la prothèse temporaire est remplacée par une prothèse permanente dans les 12 mois suivant la mise en place de la prothèse temporaire.
- Réparations de prothèses (2 par période de 12 mois consécutifs)

Soins préventifs

- Examens et diagnostics
 - examen buccal complet (un tous les 24 mois)
 - examen de rappel (un par période de 6 mois)
 - examen buccal d'urgence
 - examen d'un aspect particulier
- Radiographies
 - intra-orales - périapicales
 - intra-orales - occlusales et interproximales
 - extra-orales
 - sialographies
 - pellicule panoramique (une tous les 24 mois)
 - substances radiopaques
- Tests et examens de laboratoires
 - culture microbiologique
 - biopsie
 - examen cytologique
- Services préventifs
 - polissage (1 fois par 6 mois)
 - détartrage :
 - Assurés de moins de 13 ans : 1 par période de 6 mois consécutifs;
 - Autres assurés : illimité
 - application de fluorure (1 fois par 6 mois)
 - instructions d'hygiène buccale (deux fois à vie)
 - scellants de puits et fissures (assurés de moins de 18 ans)
- Appareils de maintien (assurés de moins de 18 ans)

Soins de base

- Services de restauration
 - restaurations en amalgame, acrylique, silicate ou composite
 - tenons de rétention
 - couronnes préfabriquées en acier inoxydable ou polycarbonate
- Endodontie
 - coiffage du pulpe
 - pulpotomie et pulpotomie d'urgence
 - traumatisme endodontique
 - traitement de canal
 - chirurgie endodontique
 - blanchiment (sur dent dévitalisée seulement)
 - apexification
- Parodontie
 - chirurgie parodontaire
 - jumelage provisoire
 - soin des infections aiguës
 - désensibilisants (maximum de 3 dents par période de 12 mois consécutifs)
 - autres service parodontaires complémentaires
 - curetage, incluant l'aplanissement de racines
- Ajustement des prothèses amovibles
 - ajustements mineurs
 - rebasage et regarnissage
 - nettoyage et polissage
- Chirurgie buccale
 - ablation de dents ayant fait éruption (sans complication)
 - ablation chirurgicale (complexe) : une préévaluation ou des radiographies doivent accompagner la demande de règlement
 - ablation de tumeurs ou de kystes
- Services généraux complémentaires
 - anesthésie (avec la chirurgie)
- Pansements temporaires pour le soulagement d'urgence de la douleur
- Finition des obturations

Soins de restaurations majeures

- Restaurations
 - aurification (si aucune autre substance n'est appropriée)
 - incrustation
 - incrustation en porcelaine (si aucune autre substance n'est appropriée)
- Autres services de restauration
 - corps coulé
 - pivot préfabriqué
 - recimentation d'incrustation ou de couronne
 - ablation d'incrustation ou de couronne
- Couronne (restaurations individuelles seulement), à l'exception des couronnes préfabriquées en acier inoxydable ou polycarbonate, et remplacement d'une couronne en place depuis plus de quatre ans
- Ponts fixes, prothèses permanentes amovibles partielles ou complètes, à l'exception des prothèses avec des attaches de précision ou des rupteurs de force, ou des attaches de précision et des couronnes télescopiques pour les ponts fixes, selon les conditions suivantes :
 - cette prothèse est nécessaire en raison de l'extraction d'au moins une dent naturelle pendant que l'assurance est en vigueur, ou
 - la prothèse déjà en place date d'au moins cinq ans, ou
 - la prothèse temporaire est remplacée par une prothèse permanente dans les 12 mois suivant la mise en place de la prothèse temporaire.
- Réparations de prothèses (2 par période de 12 mois consécutifs)

Soins orthodontiques

Le régime rembourse les frais raisonnables engagés pour les traitements orthodontiques destinés à corriger des irrégularités dentaires d'un adulte ou d'un enfant à charge âgé d'au moins 6 ans, mais de moins de 19 ans, lorsque le traitement commence.

Les frais admissibles comprennent :

- Examen buccal
- Modèles de diagnostic non montés
- Appareils amovibles pour replacer les dents
- Appareils fixes ou cimentés
- Appareils de contrôle des habitudes buccales
- Appareils de rétention
- Traitement global majeur

EXCLUSIONS

Les frais suivants ne sont pas remboursés par le régime :

- les frais pour les traitements ou les appareils permettant de restaurer la dimension verticale de la bouche, ou de pallier une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire;
- les soins donnés par un hygiéniste dentaire qui ne sont pas administrés sous la supervision d'un dentiste;
- les soins dentaires admissibles en vertu de l'Assurance accident/maladie décrite dans cette brochure;
- les services et fournitures relatifs au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport;
- les frais payables par un régime gouvernemental ou privé ou qui l'auraient été si une demande avait été présentée;
- les frais engagés en raison d'une maladie ou d'un accident relevant d'une Commission des accidents de travail ou de toute autre loi ou de tout autre régime semblable;
- les soins qui ne sont pas médicalement nécessaires, qui sont donnés dans un but esthétique ou qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés selon les usages courants (les réparations en composite ne sont pas touchées par la présente exclusion);
- les services ou les soins donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou les frais qui ne sont pas à votre charge;
- honoraires de dentistes pour compléter des formulaires, les rendez-vous non respectés, les frais de déplacements ou les conseils donnés par téléphone ou par tout autre moyen de communication;
- les soins ou les services reliés aux implants;
- le jumelage pour des raisons de parodontie, lorsqu'on utilise des couronnes ou des incrustations, avec ou sans recouvrement des cuspidés;
- les frais qui découlent de
 - tentative de suicide ou blessure volontaire, que l'assuré soit sain d'esprit ou non;
 - 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;
- tous frais, services ou produits n'apparaissant pas dans la description de cette 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.

FIN DE LA GARANTIE

La protection d'assurance soins dentaires 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.

COMPTE DE GESTION SANTÉ

Le compte de gestion-santé est un compte que l'assureur ouvre au nom de l'adhérent. L'adhérent doit y déposer, en début d'année, les dollars flex accordés par ABBVIE qui restent une fois le choix des protections effectué. Cet argent peut être utilisé pour payer des frais médicaux et dentaires avec des dollars avant impôt.

Pour que le compte de gestion-santé respecte les règles fiscales, il doit répondre aux critères suivants:

- seul l'argent de l'employeur (dollars flex) peut y être déposé;
 - l'adhérent doit utiliser l'argent durant l'année de régime où il est déposé dans le compte ou durant l'année de régime suivante (sinon l'argent non utilisé est perdu);
 - si l'adhérent cesse de travailler pour ABBVIE, tous les montants non utilisés dans les 30 jours relativement à des dépenses engagées avant la cessation sont perdus.
- * Le conjoint survivant de l'adhérent, s'il y a lieu, bénéficiera des dollars flex non utilisés par l'adhérent à la date de son décès, jusqu'à épuisement de ce montant ou jusqu'à la date limite d'utilisation mentionnée à l'alinéa b) ci-dessus, selon la première échéance.

DÉFINITION DE PERSONNES À CHARGE

La définition des personnes à charge est celle apparaissant dans la présente brochure.

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ DES DÉPENSES

Les dépenses pouvant faire l'objet du compte de gestion-santé doivent

- faire partie des dépenses médicales acceptées pour fins de déduction en vertu de la Loi sur l'impôt du Canada
- ne pas être payables en vertu de tout autre régime privé ou gouvernemental.

FRAIS ADMISSIBLES

Le compte de gestion-santé peut rembourser les frais suivants:

- franchises;
- portion des frais non remboursés par les Garanties d'assurance santé et de soins dentaires;
- frais excédant les maximums prévus par les régimes;
- frais non couverts par les Garanties d'assurance santé et de soins dentaires.

Les frais admissibles au titre du compte de gestion-santé sont:

- médicaments en vente libre, pourvu qu'ils soient prescrits par le médecin;
- pompes à perfusion et dispositifs pour mesurer le taux de sucre dans le sang pour les personnes couvertes atteintes de diabète;
- produits nécessaires en raison d'incontinence provoquée par une maladie, une blessure ou une affliction;
- lunettes et lentilles cornéennes sur ordonnance;
- chirurgie au laser pour les yeux;
- injections pour le traitement de varices;
- procédure de fécondation in vitro et frais de suivi du cycle menstruel;
- membres artificiels; rein artificiel, frais de réparation et de maintenance de l'appareil et fournitures;
- services de praticiens tels que diététistes et hygiénistes dentaires;
- soins d'un prothésiste dentaire ou d'un denturologue;
- transport par ambulance;
- lit berceur pour les personnes atteintes de poliomyélite;
- fauteuil roulant, fauteuil tricycle et chaise gériatrique montée sur roues alimentés par batterie;
- dispositif ou appareil mécanique conçu pour aider une personne couverte à entrer dans un bain ou une douche ou à en sortir, ou encore à s'asseoir sur un siège de toilette ou à s'en relever;
- rénovations et modifications d'une maison lorsqu'une personne couverte est victime d'une déficience motrice sérieuse ou prolongée;
- appareil élévateur ou tout équipement de transport mécanique conçu exclusivement pour être utilisés par ou pour une personne infirme couverte afin qu'elle puisse accéder à un édifice ou à un véhicule;
- prothèse laryngienne et larynx artificiel;
- thérapie de rééducation, y compris la formation nécessaire pour lire sur les lèvres ou utiliser le langage des signes en cas de perte de l'ouïe ou de la parole;
- dispositifs ou appareils destinés à une personne couverte souffrant d'une affection respiratoire sérieuse et chronique ou d'un dérèglement sérieux et chronique du système immunitaire, sauf les climatiseurs, humidificateurs, déshumidificateurs, thermopompes ou échangeurs d'air ou de chaleur;
- chien guide pour les non-voyants et les malentendants;
- téléscripteur ou appareil semblable, y compris indicateur de sonnerie téléphonique, permettant à une personne couverte malentendante ou muette de faire ou de recevoir des appels téléphoniques;
- lecteur optique conçu pour permettre aux non-voyants de lire sur du papier imprimé;
- dispositif conçu pour être porté par un nourrisson ayant été diagnostiqué comme prédisposé au syndrome de mort soudaine du nourrisson afin de donner une alarme si l'enfant cesse de respirer;
- tous les autres frais admissibles au crédit d'impôt pour frais médicaux.

COMMENT SOUMETTRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Comment se procurer un formulaire de demande de règlement?

Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement relatifs aux garanties soins de santé (Assurances Médicaments, Maladie, Voyage au Canada) de l'une des façons suivantes :

- sur le site des adhérents (voir les instructions ci-dessous);
- à l'un de nos bureaux Paiement express;
- auprès de votre administrateur de régime collectif; ou
- auprès de notre Service à la clientèle au numéro sans frais indiqué à la fin de la brochure.

Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement pour la garantie Assurance vie auprès de votre administrateur de régime collectif.

Comment soumettre une demande de règlement?

Croix Bleue offre plusieurs options pratiques pour soumettre rapidement et efficacement vos demandes de règlement pour les garanties soins de santé (Assurances Médicaments, Maladie, Voyage au Canada) :

- ***Demandes de règlement électroniques faites par les fournisseurs***

En adhérant au système de soumission électronique de Croix Bleue, les fournisseurs approuvés peuvent soumettre instantanément les demandes de règlement au moment de l'achat. Vous n'avez donc pas besoin de soumettre vous-même votre demande à Croix Bleue et vous n'avez donc qu'à déboursier le montant non couvert en vertu du régime.

- ***Demandes de règlement électroniques faites par l'adhérent***

Vous pouvez soumettre rapidement et facilement vos demandes de règlement pour les garanties soins de santé (Assurances Médicaments, Maladie, Voyage au Canada) au moyen de notre site des adhérents sécurisé. Vous devez simplement numériser vos reçus et les soumettre grâce au lien approprié sur notre site des adhérents.

- ***Application mobile***

Remplir une demande de règlement n'a jamais été si rapide et facile! Soumettez vos demandes de règlement à l'aide de l'application mobile Medavie et recevez votre remboursement directement dans votre compte bancaire.

Visitez www.medavie.croixbleue.ca/application pour obtenir plus d'information ou pour télécharger l'application.

- **Paiement express®**

Paiement express® est un service unique offert par Croix Bleue. Au moyen de Paiement express, vous pouvez soumettre en personne vos demandes de règlement pour les garanties soins de santé (Assurances Médicaments, Maladie, Voyage au Canada). Vous serez immédiatement informé de la décision et recevrez votre remboursement sur place.

En fait, Paiement express vous offre l'occasion de discuter du traitement de votre demande de règlement, de la coordination des prestations, de la subrogation et de d'autres détails de votre régime collectif. Vous rencontrerez en personne un représentant qualifié du Service à la clientèle qui pourra répondre à vos questions.

Pour localiser le bureau de Croix Bleue ou de Paiement express le plus près de chez vous, veuillez visiter notre site Internet à **www.medavie.croixbleue.ca**.

- Vous pouvez également poster votre formulaire de demande de règlement dûment rempli au bureau de Croix Bleue le plus près.

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 du Québec, ou de toute autre province, 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.

Vous pouvez soumettre vos demandes de règlement pour la garantie Assurance vie à Croix Bleue :

- en les envoyant par la poste, par télécopieur ou par numérisation à l'adresse indiquée sur le formulaire de demande de règlement applicable;
- en déposant le formulaire à l'un de nos bureaux Paiement express; ou
- en les donnant à votre administrateur de régime collectif.

Site des adhérents

Le site des adhérents est un site Internet sécurisé et simple à utiliser, accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Il offre des renseignements supplémentaires concernant votre couverture, ainsi que d'autres options utiles, telles que :

- **Demandes au sujet de la couverture** : renseignements détaillés à propos de votre régime collectif;
- **Formulaires** : versions imprimables des formulaires de Croix Bleue;
- **Demande de nouvelles cartes d'identification**;
- **Ajouter/mettre à jour les informations bancaires** pour le dépôt direct des demandes de règlement;
- **Relevés de l'adhérent** : pour consulter votre historique de demandes de règlement et celui de vos personnes à charge;
- **Historique de paiements** : voir les montants de prestations reçus par vous-mêmes ou par votre fournisseur de service;
- **Soumettre des demandes de règlement** électroniquement.

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

Quel est le délai pour soumettre une demande de règlement?

Assurance vie

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 12 mois après le décès.

Assurance médicaments / maladie

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

Assurance voyage au Canada

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

Compte de Gestion Santé

Toute demande de règlement en vertu du Compte de Gestion Santé doit être soumise, au plus tard dans les 180 jours qui suivent la fin de l'année de régime au cours de laquelle les frais ont été engagés.

Qui a accès aux renseignements 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 conformément à toute législation applicable sur la protection des renseignements personnels dans votre province de résidence. Veuillez adresser votre demande à :

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

COORDINATION DES PRESTATIONS

Le montant total des prestations provenant de toutes sources ne peut jamais excéder le montant des frais réellement engagés.

Si, en vertu d'une quelconque autre assurance, vous ou vos personnes à charge avez droit à un remboursement de frais qui sont remboursables en vertu du présent régime, le montant du remboursement accordé en vertu de cette autre assurance est retranché des frais remboursables en vertu du présent régime.

Les prestations payables en vertu de toute autre assurance incluent les prestations auxquelles l'assuré aurait eu droit s'il avait dûment soumis une demande de règlement.

Règles applicables

- ☛ les frais engagés par le conjoint couvert à titre de salarié en vertu d'un autre régime sont remboursés par son propre régime, et ensuite par le présent régime, s'il y a un solde ;
- ☛ les frais engagés par les enfants couverts à titre de personnes à charge des deux parents sont remboursés d'abord par le régime du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année.

Si vous et votre conjoint êtes séparés ou divorcés, l'ordre de préséance dans la détermination des prestations à l'égard des enfants à charge est le suivant:

1. régime couvrant le père ou la mère qui a la garde de l'enfant;
2. régime couvrant le conjoint du père ou de la mère qui a la garde de l'enfant;
3. régime du père ou de la mère qui n'a pas la garde de l'enfant;
4. régime du conjoint du père ou de la mère qui n'a pas la garde de l'enfant.

LIMITATION DES PRESTATIONS

Tous les assurés sont considérés comme étant couverts en vertu des lois de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-maladie du Québec ou de toute autre province, et les sommes versées par l'assureur ne doivent en aucun cas dépasser celles qui sont payables aux assurés qui sont couverts en vertu du régime gouvernemental.

ANNEXE

INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE (non assuré par Croix Bleue Medavie et autogéré par l'employeur)

*Les salariés permanents à temps partiel et les salariés temporaires de longue affectation **ne sont pas admissibles** à ce régime*

Ce régime paie 100 % de votre salaire régulier, jusqu'à concurrence de 26 semaines consécutives d'absence du travail par suite de maladie ou de blessure. Un certificat médical peut être demandé en tout temps à l'employé. Au moins deux semaines consécutives de travail doivent séparer deux périodes d'absence dues à la même maladie ou aux mêmes blessures, sinon ces périodes sont considérées comme n'en faisant qu'une seule.

La protection prend fin à votre 65^e anniversaire de naissance, à votre cessation d'emploi ou le jour de votre retraite, selon la première éventualité, et conformément aux stipulations des Dispositions générales.

ASSURANCE ACCIDENT DE VOYAGE D’AFFAIRES
(Ce régime est offert par ABBVIE et n’est souscrit par
aucun assureur au Canada)

DÉCÈS

Si, dans les 365 jours qui suivent un accident survenu alors que le salarié se déplaçait pour le compte de l’entreprise, le salarié décède des suites de cet accident, ce régime paie :

5 fois le salaire, jusqu’à concurrence de 1 000 000 \$ US

L’entreprise paie les primes relatives à ce régime.

MUTILATION

Cette assurance procure également une protection en cas de blessure accidentelle grave en voyages d’affaires (par ex., perte de l’usage d’une main ou d’un pied, paralysie). La prestation versée correspond à un pourcentage du capital payable en cas de décès accidentel, ce pourcentage variant selon la gravité de la blessure.