



## Brochure de votre régime d'assurance collective

### **CORPORATION ABBVIE**

**Employés temporaires avec un contrat d'une durée  
minimum de 6 mois**

abbvie

**Groupe n° 91311**

## TABLE DES MATIÈRES

<b>RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX</b> .....	1
<b>SOMMAIRE DES GARANTIES</b> .....	3
<b>ASSURANCE VIE STANDARD DE L'ADHÉRENT</b> .....	26
<b>ASSURANCE VIE ÉTENDUE DE L'ADHÉRENT</b> .....	28
<b>ASSURANCE VIE ÉTENDUE DU CONJOINT</b> .....	30
<b>ASSURANCE VIE ÉTENDUE DES ENFANTS À CHARGE</b> .....	32
<b>GARANTIE MALADIES GRAVES FACULTATIVE</b> .....	33
<b>ASSURANCE MÉDICAMENTS</b> .....	52
<b>ASSURANCE ACCIDENT/MALADIE</b> .....	56
<b>ASSURANCE VOYAGE</b> .....	69
<b>ASSURANCE SOINS DENTAIRES</b> .....	80
<b>COMPTE DE GESTION SANTÉ</b> .....	88
<b>COMPTE GESTION MIEUX-ÊTRE (CGM)</b> .....	90
<b>SERVICES DE MÉDECINS EN LIGNE</b> .....	94
<b>COMMENT SOUMETTRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT</b> .....	98
<b>COORDINATION DES PRESTATIONS</b> .....	102
<b>ANNEXE</b>	

Date d'effet mise à jour : 1<sup>er</sup> janvier 2022

## **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<sup>er</sup> janvier 2022. 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

---

<b>Admissibilité de l'employé:</b>	<p>Pour être admissible aux garanties prévues au contrat, un employé doit travailler activement* pour l'employeur et appartenir à la catégorie suivante:</p> <p>C. Employés temporaires avec un contrat d'une durée minimum de 6 mois</p> <p>Un employé de la catégorie C devient admissible à la protection à l'expiration du 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>
<b>Délai d'admission:</b>	Aucun : vous êtes admissible dès le premier jour de travail
<b>Minimum requis d'heures travaillées par semaine</b>	21,75 heures
<b>Maintien de la couverture</b>	Pour maintenir votre couverture, vous devez avoir travaillé le minimum d'heures requis.
<b>Résiliation des garanties:</b>	Les garanties prévues au présent contrat prennent fin à la première des dates suivantes : celle de la retraite, de la cessation d'emploi ou de 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

<b>Montant d'assurance pour l'adhérent</b>	2 fois le salaire annuel arrondi au 1 000 \$ supérieur
<b>• Maximum sans preuve d'assurabilité</b>	850 000 \$ (incluant le Maximum sans preuve d'assurabilité de l'assurance vie étendue de l'adhérent)
<b>• Maximum avec preuve d'assurabilité</b>	1 900 000 \$* (incluant l'assurance vie étendue de l'adhérent)
<b>Montant d'assurance pour le conjoint</b>	Aucun
<b>Montant d'assurance pour les enfants</b>	Aucun
<b>Fin de la garantie</b>	Cessation d'emploi ou retraite

---

*\* 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 ÉTENDUE

### Assurance vie étendue

<b>Montant d'assurance pour l'adhérent</b>	Tranches de 10 000 \$
• <b>Maximum sans preuve d'assurabilité</b>	50 000 \$* (inclus dans le Maximum sans preuve d'assurabilité de l'assurance vie standard de l'adhérent)
• <b>Maximum avec preuve d'assurabilité</b>	1 900 000 \$** (incluant l'assurance vie standard)
<b>Montant d'assurance pour le conjoint</b>	Tranches de 10 000 \$
• <b>Maximum sans preuve d'assurabilité</b>	50 000 \$* (inclus dans le Maximum sans preuve d'assurabilité de l'assurance vie standard de l'adhérent)
• <b>Maximum avec preuve d'assurabilité</b>	750 000 \$
<b>Montant d'assurance pour les enfants</b>	Tranches de 5 000 \$
• <b>Maximum sans preuve d'assurabilité</b>	50 000 \$
• <b>Maximum</b>	50 000 \$
<b>Fin de la garantie</b>	
<b>Adhérent</b>	Cessation d'emploi, retraite ou 70 ans, selon la première éventualité
<b>Conjoint</b>	Lorsque le conjoint atteint l'âge de 70 ans ou à la retraite ou la cessation d'emploi de l'adhérent, selon la première éventualité
<b>Enfant</b>	Lorsque que l'adhérent atteint l'âge de 70 ans ou à la retraite ou à la cessation d'emploi de l'adhérent., selon la première éventualité

\* Une preuve d'assurabilité est requise pour tout montant de protection si la demande est reçue par l'assureur plus de 31 jours après la date à laquelle l'adhérent ou le conjoint est devenu admissible à la couverture, ou la date à laquelle l'adhérent a fait face à un événement de la vie admissible.

\*\* 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)**



## Garantie Maladies graves facultative

<b>Montant d'assurance pour l'adhérent</b>	Tranches de 10 000 \$ Maximum de 250 000 \$
• <b>Maximum sans preuve d'assurabilité</b>	40 000 \$
<b>Montant d'assurance pour le conjoint</b>	Tranches de 10 000 \$ Maximum de 250 000 \$
• <b>Maximum sans preuve d'assurabilité</b>	40 000 \$
<b>Montant d'assurance pour les enfants</b>	Tranches de 5 000 \$ Maximum de 10 000 \$
• <b>Maximum sans preuve d'assurabilité</b>	10 000 \$
<b>Prestation partielle</b>	10 % de la prestation maximale
<b>Nombre maximal de maladies admissibles à la prestation</b>	Jusqu'à 2 maladies non reliées admissibles à la prestation maximale à vie 1 prestation partielle à vie pour chaque maladie grave admissible à la prestation partielle 1 maladie infantile admissible à vie
<b>Période de survie</b>	30 jours consécutifs, sauf indication contraire dans la définition des maladies graves admissibles
<b>Fin de la garantie</b>	Lorsque l'assuré reçoit 2 prestations maximales. La garantie prend également fin à la première des éventualités suivantes :
<b>Adhérent</b>	-cessation d'emploi, retraite ou lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans;
<b>Conjoint</b>	-lorsque le conjoint ou l'adhérent atteint l'âge de 65 ans, à la cessation d'emploi de l'adhérent ou à la retraite de l'adhérent;
<b>Enfant</b>	-lorsqu'une prestation pour une maladie infantile est versée, lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans, à la cessation d'emploi de l'adhérent ou à la retraite de l'adhérent.

## ASSURANCE SANTÉ

### PROTECTION DE BASE

#### Assurance médicaments

<b>Pourcentage de remboursement</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Médicaments produits par AbbVie et Allergan : 100 %</li><li>• Autres médicaments : 65 %*</li></ul> <p>*Contribution maximale de 750 \$ pour l'adhérent et l'enfant à charge et de 750 \$ pour le conjoint par année de régime</p>
<b>Maximum applicable aux frais d'exécution d'ordonnance</b>	12 \$/médicament prescrit
<b>Franchise</b>	Aucune
<b>Liste de médicaments</b>	Liste régulière
<b>Mode de paiement</b>	Carte de paiement direct
<b>Prestations aux survivants</b>	24 mois, sans paiement de primes
<b>Fin de la garantie</b>	Cessation d'emploi ou retraite

---

## PROTECTION DE BASE (suite)

### Assurance accident/maladie

<b>Franchise</b>	<b>Aucune</b>
<b>Pourcentage de remboursement</b>	<b>Hôpital : 100 %</b> <b>Soins de la vue : 100 %</b> <b>Tous les autres frais : 65 %</b>
<b>Frais d'hospitalisation</b>	
• court séjour	Semi-privée, durée illimitée
• réadaptation physique, soins de convalescence ou soins chroniques	Semi-privée, 180 jours par invalidité
• traitement de la dépendance aux drogues et à l'alcool	80 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 2 500 \$ à vie
<b>Frais médicaux et paramédicaux</b>	
• Ambulance	Illimité
• Soins infirmiers privés	Maximum de 5 000 \$ par assuré, par année de régime
• Autres frais admissibles	Voir le texte de la Garantie
• Soins de la vue	
- lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie au laser	Non couvert
- Examen de la vue	1 examen par 12 mois
• Tests diagnostiques	Non couvert
• Professionnels de la santé :	
- psychologue, psychothérapeute, travailleur social, conseiller clinique (incluant la thérapie cognitivo-comportementale)	Maximum combiné de 750 \$ par assuré, par année de régime, pour l'ensemble de ces professionnels
- autres professionnels de la santé	Non couvert
• Prothèses auditives	Non couvert
• Souliers orthopédiques et orthèses podiatriques	Non couvert
<b>Prestations aux survivants</b>	24 mois, sans paiement de primes
<b>Fin de la garantie</b>	Cessation d'emploi ou retraite

## PROTECTION STANDARD

### Assurance médicaments

<b>Pourcentage de remboursement</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Médicaments produits par AbbVie et Allergan : 100 %</li><li>• Autres médicaments : 80 %*</li></ul> <p>*Contribution maximale de 750 \$ pour l'adhérent et l'enfant à charge et de 750 \$ pour le conjoint par année de régime</p>
<b>Maximum applicable aux frais d'exécution d'ordonnance</b>	12 \$/médicament prescrit
<b>Franchise</b>	Aucune
<b>Liste de médicaments</b>	Liste régulière
<b>Mode de paiement</b>	Carte de paiement direct
<b>Prestations aux survivants</b>	24 mois, sans paiement de primes
<b>Fin de la garantie</b>	Cessation d'emploi ou retraite

---

## PROTECTION STANDARD (suite)

### Assurance accident/maladie

<b>Franchise</b>	<b>Aucune</b>
<b>Pourcentage de remboursement</b>	<b>Hôpital : 100 %</b> <b>Soins de la vue : 100 %</b> <b>Tous les autres frais : 80 %</b>
<b>Frais d'hospitalisation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• court séjour</li> <li>• réadaptation physique, soins de convalescence ou soins chroniques</li> <li>• traitement de la dépendance aux drogues et à l'alcool</li> </ul>	<p>Semi-privée, durée illimitée</p> <p>Semi-privée, 180 jours par invalidité</p> <p>80 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ à vie</p>
<b>Frais médicaux et paramédicaux</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulance</li> <li>• Soins infirmiers privés</li> <li>• Autres frais admissibles</li> <li>• Soins de la vue               <ul style="list-style-type: none"> <li>- lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie au laser</li> <li>- Examen de la vue</li> </ul> </li> <li>• Tests diagnostiques</li> <li>• Professionnels de la santé :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- psychologue, psychothérapeute, travailleur social, conseiller clinique (incluant la thérapie cognitivo-comportementale)</li> <li>- acupuncteur, audiologiste, chiropraticien, diététiste, ergothérapeute, homéopathe, massothérapeute, naturopathe, orthophoniste, ostéopathe, physiothérapeute (ou technicien en réadaptation physique ou thérapeute du sport), podiatre, podologue</li> </ul> </li> <li>• Prothèses auditives</li> <li>• Souliers orthopédiques et orthèses podiatriques</li> </ul>	<p>Illimité</p> <p>Maximum de 10 000 \$ par assuré, par année de régime</p> <p>Voir le texte de la Garantie</p> <p>250 \$/24 mois consécutifs/12 mois consécutifs pour un enfant à charge de moins de 21 ans</p> <p>1 examen par 12 mois</p> <p>1 000 \$ par année de régime</p> <p>Maximum combiné de 1 000 \$ par assuré, par année de régime, pour l'ensemble de ces professionnels</p> <p>Maximum combiné de 800 \$ par assuré, par année de régime, pour l'ensemble de ces professionnels</p> <p>500 \$ par 3 années de régime</p> <p>1 paire de chaque par année de régime</p>
<b>Prestations aux survivants</b>	24 mois, sans paiement de primes
<b>Fin de la garantie</b>	Cessation d'emploi ou retraite

## PROTECTION ÉTENDUE

### Assurance médicaments

<b>Pourcentage de remboursement</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Médicaments produits par AbbVie et Allergan : 100 %</li><li>• Autres médicaments : 90 %*</li></ul> <p>*Contribution maximale de 750 \$ pour l'adhérent et l'enfant à charge et de 750 \$ pour le conjoint par année de régime</p>
<b>Maximum applicable aux frais d'exécution d'ordonnance</b>	12 \$/médicament prescrit
<b>Franchise</b>	Aucune
<b>Liste de médicaments</b>	Liste régulière
<b>Mode de paiement</b>	Carte de paiement direct
<b>Prestations aux survivants</b>	24 mois, sans paiement de primes
<b>Fin de la garantie</b>	Cessation d'emploi ou retraite

---

## PROTECTION ÉTENDUE (suite)

### Assurance accident/maladie

<b>Franchise</b>	<b>Aucune</b>
<b>Pourcentage de remboursement</b>	<b>Hôpital : 100 %</b> <b>Soins de la vue : 100 %</b> <b>Tous les autres frais : 90 %</b>
<b>Frais d'hospitalisation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• court séjour</li> <li>• réadaptation physique, soins de convalescence ou soins chroniques</li> <li>• traitement de la dépendance aux drogues et à l'alcool</li> </ul>	<p>Privée, durée illimitée</p> <p>Privée, 180 jours par invalidité</p> <p>80 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ à vie</p>
<b>Frais médicaux et paramédicaux</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulance</li> <li>• Soins infirmiers privés</li> <li>• Autres frais admissibles</li> <li>• Soins de la vue               <ul style="list-style-type: none"> <li>- lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie au laser</li> <li>- Examen de la vue</li> </ul> </li> <li>• Tests diagnostiques</li> <li>• Professionnels de la santé :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- psychologue, psychothérapeute, travailleur social, conseiller clinique (incluant la thérapie cognitivo-comportementale)</li> <li>- acupuncteur, audiologiste, chiropraticien, diététiste, ergothérapeute, homéopathe, massothérapeute, naturopathe, orthophoniste, ostéopathe, physiothérapeute (ou technicien en réadaptation physique ou thérapeute du sport), podiatre, podologue</li> </ul> </li> <li>• Prothèses auditives</li> <li>• Souliers orthopédiques et orthèses podiatriques</li> </ul>	<p>Illimité</p> <p>Maximum de 15 000 \$ par assuré, par année de régime</p> <p>Voir le texte de la Garantie</p> <p>400 \$/24 mois consécutifs/12 mois consécutifs pour un enfant à charge de moins de 21 ans</p> <p>1 examen par 12 mois</p> <p>1 500 \$ par année de régime</p> <p>Maximum combiné de 1 500 \$ par assuré, par année de régime, pour l'ensemble de ces professionnels</p> <p>Maximum combiné de 1 000 \$ par assuré, par année de régime, pour l'ensemble de ces professionnels</p> <p>500 \$ par 3 années de régime</p> <p>2 paires de chaque par année de régime</p>
<b>Prestations aux survivants</b>	24 mois, sans paiement de primes
<b>Fin de la garantie</b>	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 %

**Assurance médico-hospitalière**

- **Franchise** Aucune
- **Maximum viager par assuré** 5 000 000 \$
- **Durée maximale de couverture** Les 180 premiers jours du voyage à l'extérieur de la province de résidence

**Assurance annulation et interruption de voyage** 3 000 \$ par sinistre, par assuré

**Assurance bagages** 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, selon la première éventualité



## PROTECTION STANDARD

### Assurance soins dentaires

<b>Pourcentage de remboursement</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Soins préventifs : 90 %</li><li>– Soins de base : 80 %</li><li>– Soins de restaurations majeures : 50 %</li><li>– Soins orthodontiques : Non couvert</li></ul>
<b>Franchise</b>	Aucune
<b>Maximum</b>	
• <b>Tous les services combinés</b>	2 000 \$ par année de régime, par assuré
<b>Guide des tarifs</b>	Année courante
<b>Fin de la garantie</b>	Cessation d'emploi ou retraite

---

## PROTECTION ÉTENDUE

### Assurance soins dentaires

<b>Pourcentage de remboursement</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Soins préventifs : 100 %</li><li>– Soins de base : 80 %</li><li>– Soins de restaurations majeures : 60 %</li><li>– Soins orthodontiques : 50 %</li></ul>
<b>Franchise</b>	Aucune
<b>Maximum</b>	
• <b>Soins orthodontiques</b>	3 000 \$ à vie, par assuré
• <b>Autres services combinés</b>	3 000 \$ par année de régime, par assuré
<b>Guide des tarifs</b>	Année courante
<b>Fin de la garantie</b>	Cessation d'emploi ou retraite

---

## PROTECTION DE BASE ET STANDARD

### Compte gestion santé (CGS)\*

<b>Administration du régime</b>	Remboursement sur demande (les crédits seront utilisés pour rembourser les demandes de règlement à même le CGS, si précisé par l'adhérent)
---------------------------------	--

---

<b>Fréquence d'allocation des crédits</b>	Annuelle
---	----------

#### Détails

- **Année de régime** Du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre
- **Type de CGS** Report des crédits pour 1 année de régime

#### Exclusions spécifiques de garanties\*\*

##### Délai de grâce

- **Employés actifs** 90 jours
- **Employés dont le CGS a pris fin** 90 jours

##### Statut fiscal des prestations

- **Résidents du Québec** Imposables  
*Les dépenses remboursées au moyen du CGS sont considérées comme un avantage imposable aux fins de l'impôt sur le revenu du Québec.*
- **Résidents des autres provinces** Non imposables  
*Les dépenses remboursées au moyen du CGS ne sont pas imposables.*

<b>Fin de la garantie</b>	Cessation d'emploi ou retraite
---------------------------	--------------------------------

---

\*Lors de la première année de couverture, si la couverture de l'adhérent commence après le début de l'année de régime, les crédits pour cette année de régime seront calculés au prorata, selon le nombre de mois restants à l'année de régime.

\*\*Les exclusions supplémentaires se trouvent à la section Compte gestion santé (CGS) de la présente brochure.

## PROTECTION DE BASE, STANDARD ET ÉTENDUE

### Compte Gestion mieux-être (CGM) (Adhérent seulement)\*

<b>Méthode de paiement</b>	Remboursement sur demande (les crédits seront utilisés pour traiter les demandes de règlement à même le CGM, si précisé par l'adhérent)
<b>Fréquence d'allocation des crédits</b>	Annuelle
<b>Détails de la garantie</b>	
• <b>Année de régime</b>	Du 1 <sup>er</sup> janvier au 31 décembre
• <b>Type de CGM</b>	Aucun report
<b>Catégories de frais admissibles</b>	Soutien à la santé et au mieux-être Médecines alternatives Activités et équipement de sport et de conditionnement physique Autres frais médicaux admissibles, comme indiqué dans la politique des RH d'AbbVie
<b>Exclusions spécifiques de garanties**</b>	
<b>Délai de grâce</b>	
• <b>Employés actifs</b>	90 jours
• <b>Employés dont le CGM a pris fin</b>	90 jours
<b>Statut fiscal des prestations</b>	Les dépenses remboursées sont imposables.
<b>Fin de la garantie</b>	Cessation d'emploi ou retraite

*\*Lors de la première année de couverture, si la couverture de l'adhérent commence après le début de l'année de régime, les crédits pour cette année de régime seront calculés au prorata, selon le nombre de mois restants à l'année de régime.*

*\*\*Les exclusions supplémentaires se trouvent à la section Compte Gestion mieux-être (CGM) de la présente brochure.*

## PROTECTION DE BASE, STANDARD ET ÉTENDUE

### Services de médecins en ligne

---

*Référez-vous à la section Services de médecins en ligne pour une description détaillée.*

---

#### **Fin des services**

Cessation d'emploi ou retraite de l'adhérent

---

Lors de votre retraite, vous devenez admissible au régime d'assurance collective applicable aux retraités. La brochure décrivant cette protection est disponible sur le portail HRConnect.

## 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 commençant le premier jour du mois de janvier d'une année donnée et se terminant le dernier jour du mois de décembre suivant.

**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 et qui fait partie d'une catégorie d'adhérents mentionnée au Sommaire des garanties. (Nonobstant ce qui précède, à compter du 1<sup>er</sup> 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 et Allergan Inc.

**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 son 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 permanente alors qu'il était considéré comme une personne à charge tel que stipulé ci-dessus.

**Salaire** désigne la rémunération annuelle de base 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 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.

La participation à l'ASSURANCE SOINS DENTAIRES est facultative.

## 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 santé :	Protection standard individuelle
Assurance soins dentaires :	Protection standard individuelle
Compte de gestion-santé	Dollars flex restants
Compte Gestion mieux-être	Couvert

## PREUVES D'ASSURABILITÉ

Vous devez fournir une preuve d'assurabilité pour adhérer à la protection d'assurance vie standard de l'adhérent ou de la garantie maladies graves facultative pour un montant qui excède le maximum sans preuve d'assurabilité spécifié au Sommaire des garanties

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.

## 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<sup>er</sup> janvier, 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\* :**

<b>Garantie</b>	<b>Protection en vigueur</b>	<b>Protection demandée</b>
Assurance vie	Protection standard	Protection étendue
	Protection étendue	Protection standard

\*Aucune règle spécifique ne s'applique pour modifier vos choix pour l'Assurance santé et pour les Soins dentaires.

**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 21,75 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 21,75 heures par semaine.

## **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  **votre 65<sup>e</sup> 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**

Le montant de la garantie est égal au montant de l'assurance vie étendue choisi par l'adhérent jusqu'à concurrence du montant maximum mentionné dans le Sommaire des garanties.

Vous devez présenter une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par l'assureur afin d'être admissible à tout montant de protection supérieur au maximum sans preuve d'assurabilité mentionné dans le Sommaire des garanties.

Un adhérent peut demander, à tout moment, une modification du montant de sa garantie, à condition que l'adhérent soit effectivement au travail. Cependant, toute demande d'augmentation de la protection au-delà du maximum sans preuve d'assurabilité ou toute demande reçue plus de 31 jours suivant un événement de la vie ne sera acceptée que sur présentation d'une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par l'assureur.

## **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 70 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**

Le montant de la garantie est égal au montant de l'assurance vie étendue choisi par le conjoint, jusqu'à concurrence du montant maximum mentionné dans le Sommaire des garanties.

Le conjoint doit présenter une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par l'assureur afin d'être admissible à tout montant de protection supérieur au maximum sans preuve d'assurabilité mentionné dans le Sommaire des garanties.

Un conjoint peut demander, à tout moment, une modification du montant de sa garantie, à condition que l'adhérent soit effectivement au travail. Cependant, toute demande d'augmentation de la protection au-delà du maximum sans preuve d'assurabilité ou toute demande reçue plus de 31 jours suivant un événement de la vie ne sera acceptée que sur présentation d'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-dix (70) 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, 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.

### **PREUVES D'ASSURABILITÉ**

Le montant de la garantie est égal au montant de l'assurance vie étendue choisi pour l'enfant à charge, jusqu'à concurrence du montant maximum mentionné dans le Sommaire des garanties.

L'enfant à charge doit présenter une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par l'assureur afin d'être admissible à tout montant de protection supérieur au maximum sans preuve d'assurabilité mentionné dans le Sommaire des garanties.

Un enfant à charge peut demander, à tout moment, une modification du montant de sa garantie, à condition que l'adhérent soit effectivement au travail. Cependant, toute demande d'augmentation de la protection au-delà du maximum sans preuve d'assurabilité ou toute demande reçue plus de 31 jours suivant un événement de la vie ne sera acceptée que sur présentation d'une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par l'assureur.

### **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 70<sup>e</sup> anniversaire
- la date à laquelle l'enfant à charge cesse de répondre aux critères prévus dans la définition d'enfant à charge.

## **GARANTIE MALADIES GRAVES FACULTATIVE**

---

### **OBJET DE LA GARANTIE**

Sur présentation d'une preuve médicale satisfaisante démontrant que l'assuré souffre d'une maladie grave admissible décrite dans la présente garantie, l'assureur paie le montant mentionné dans le Sommaire des garanties, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous. S'il y a une modification à la Garantie Maladies graves, la couverture en vigueur au moment où la maladie grave admissible a été diagnostiquée s'applique à toutes les demandes de règlement en lien avec cette maladie admissible.

### **MONTANT DE LA GARANTIE**

Le montant de la garantie est égal au montant de la Garantie Maladies graves facultative choisi par l'adhérent ou la personne à charge, jusqu'à concurrence du montant maximum mentionné dans le Sommaire des garanties.

L'adhérent et la personne à charge doivent présenter une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par l'assureur afin d'être admissibles à tout montant de protection supérieur au maximum sans preuve d'assurabilité mentionné dans le Sommaire des garanties.

Un adhérent peut demander, à tout moment, une modification du montant de sa garantie ou de celui de ses personnes à charge, à condition que l'adhérent soit effectivement au travail. Cependant, toute demande d'augmentation de la protection au-delà du maximum sans preuve d'assurabilité ou toute demande reçue plus de 31 jours suivant un événement de la vie ne sera acceptée que sur présentation d'une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par l'assureur.

### **DÉFINITIONS COMPLÉMENTAIRES**

**Condition préexistante** : Toute condition pour laquelle, au cours des 24 mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de la garantie (en vertu du présent contrat ou d'un contrat antérieur), l'assuré :

- a eu une consultation médicale;
- s'est vu prescrire ou a pris des médicaments; ou
- a reçu un traitement, y compris des mesures diagnostiques pour tout symptôme ou problème médical qui a mené à un diagnostic ou à un traitement pour une maladie grave admissible.

Cette définition ne s'applique pas à un enfant né pendant que la couverture familiale est en vigueur.

**Maladies non reliées admissibles** : Conditions médicales considérées comme ayant une cause distincte et indépendante. Toutes les maladies graves ayant la même cause seront considérées comme des événements reliés et seront admissibles à une seule et même prestation.

**Période de survie** : La période de temps continue entre la date à laquelle une des maladies graves admissibles est établie et la date à laquelle la prestation est payable, aussi longtemps que l'assuré est toujours vivant. La période de survie est mentionnée dans le Sommaire des garanties.

**Spécialiste** : Un médecin autorisé à exercer sa profession, reconnu par un comité d'examen de spécialité, et qui détient une formation dans le domaine médical en lien avec la maladie grave admissible pour laquelle la demande de règlement est soumise. En l'absence d'un spécialiste, et sous réserve de l'approbation de l'assureur, une maladie peut être diagnostiquée par un professionnel de la santé qualifié exerçant au Canada ou aux États-Unis. Le terme spécialiste inclut, entre autres, les cardiologues, neurologues, néphrologues, oncologues, ophtalmologues, spécialistes des brûlures graves et les internistes. Le spécialiste ne doit pas être :

- l'assuré ou un membre de sa famille; ou
- l'employeur ou un collègue de travail de l'assuré.

Tout test ou examen exigé pour satisfaire aux conditions requises doit être effectué par un médecin qui n'est pas :

- l'assuré ou un membre de sa famille; ou
- l'employeur ou un collègue de travail de l'assuré.

## **MALADIES ADMISSIBLES À LA PRESTATION MAXIMALE**

Le montant de prestation maximal est versé pour un maximum de 2 maladies graves admissibles non reliées. Lorsque l'assuré reçoit une prestation pour une maladie couverte dans une catégorie, l'assuré n'est plus couvert pour aucune maladie ultérieure faisant partie de la même catégorie.

**Catégorie 1** : cancer (mettant la vie en danger)

**Catégorie 2** : chirurgie de l'aorte, pontage coronarien, crise cardiaque, chirurgie valvulaire (remplacement ou réparation)

**Catégorie 3** : cécité, brûlures graves, surdité, pertes de membres, perte de la parole, infection au VIH dans le cadre de l'occupation

**Catégorie 4** : anémie aplasique, méningite bactérienne, tumeur cérébrale bénigne, coma, démence (y compris la maladie d'Alzheimer), insuffisance rénale, perte d'autonomie, défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe, greffe d'un organe vital, maladie des motoneurones, sclérose en plaques, paralysie, maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques spécifiés, accident vasculaire cérébral (AVC)

Toutes les conditions doivent être le résultat d'une maladie ou d'une affection pour être considérées comme admissibles à la prestation maximale, à l'exception des brûlures graves. Les brûlures graves sont couvertes, même si elles ne résultent pas d'une maladie ou d'une affection.

**Accident vasculaire cérébral (AVC entraînant des déficits neurologiques persistants)** : Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou une hémorragie intracrâniennes, ou par une embolie, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et

- nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique, persistant continuellement pendant plus de 30 jours après la date d'établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostique démontrant des changements dont la nature, l'emplacement et l'apparition coïncident avec les déficits neurologiques.

Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste.

Les déficits neurologiques doivent être détectables par le spécialiste et peuvent inclure, entre autres, une perte de vision ou d'audition mesurable, des changements mesurables sur le plan des fonctions neurocognitives, la perte de sensation objective, la paralysie, la faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté à articuler), la dysphasie (difficulté à parler), la dysphagie (difficulté à déglutir), une anomalie de la démarche (difficulté à marcher), la difficulté à garder l'équilibre, le manque de coordination ou les crises d'apparition récurrente faisant l'objet d'un traitement. Les maux de tête ou la fatigue ne sont pas considérés comme des déficits neurologiques.

Aucune prestation ne sera payable pour cette maladie dans les cas suivants :

- accident ischémique transitoire;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- pathologies ischémiques du système vestibulaire;
- mort des fibres du nerf optique ou des cellules de la rétine sans perte totale de la vision de cet œil; ou
- infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition de l'AVC figurant ci-dessus.

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

- stimulation de la moelle osseuse;
- immunosuppresseurs; ou
- greffe de moelle osseuse.

Le diagnostic d'anémie aplasique doit être posé par un spécialiste.

**Brûlures graves** : Diagnostic formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures graves doit être posé par un spécialiste.

**Cancer** : Diagnostic formel d'une tumeur maligne. Cette tumeur doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains. Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome. Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste et doit être confirmé par un rapport de pathologie.

Aux fins de la présente maladie :

- Le cancer de la prostate au stade T1a ou T1b désigne une tumeur cliniquement muette qui n'était pas palpable lors de l'examen rectal digital et a été détectée de manière fortuite dans le tissu prostatique réséqué.
- Le terme tumeur stromale gastro-intestinale (TSGI) au stade 1 selon la classification de l'AJCC désigne :
  - des TSGI gastriques et épiploïques dont la plus grande dimension tumorale est inférieure ou égale à 10 cm, et qui contiennent cinq mitoses ou moins par 5 mm<sup>2</sup>, ou 50 par HPF; ou
  - des TSGI intestinales, œsophagiennes, colorectales, mésentériques et péritonéales de petite taille, dont la plus grande dimension tumorale est inférieure ou égale à 5 cm, et qui contiennent cinq mitoses ou moins par 5 mm<sup>2</sup>, ou 50 par HPF.
- Les termes Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 1 selon la classification de l'AJCC respectent la définition consignée dans le manuel de stadification du cancer (8<sup>e</sup> édition, 2018) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).
- Le terme stade 0 selon la classification de Rai respecte la définition consignée dans la publication Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia (KR Rai, A. Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46:219, 1975).

Aucune prestation ne sera payable pour cette maladie dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de non invasives, de précancéreuses, de lésions à potentiel de malignité restreint ou incertain, de limites, de carcinome in situ ou de tumeurs au stade Tis ou Ta;
- cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases à distance;
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases à distance. Ceci inclut, entre autres, le lymphome cutané à cellules T, le carcinome basocellulaire, le carcinome épidermoïde ou le carcinome à cellules de Merkel;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases à distance;
- cancer de la thyroïde de type papillaire ou folliculaire, ou les deux, dont la plus grande dimension tumorale est inférieure ou égale à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases à distance;

- leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 0 selon la classification de Rai, sans augmentation du volume des nœuds lymphoïdes, de la rate ou du foie, et laissant apparaître un nombre normal de plaquettes et de globules rouges;
- tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC;
- tumeurs neuroendocriniennes (carcinoïdes) de grade 1 limitées à l'organe touché, traitées uniquement au moyen de la chirurgie et ne nécessitant aucun autre traitement, à part les médicaments postopératoires contre les effets de l'hypersécrétion hormonale produite par la tumeur; ou
- thymome (stade 1) limité au thymus, sans signe d'invasion de la capsule ou de propagation au-delà du thymus.

Exclusion de 90 jours : Aucune prestation ne sera payable pour cette maladie si, dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur de la couverture, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené directement ou indirectement à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu du présent contrat), peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu du présent contrat).

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

**Cécité** : Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par :

- une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux; ou
- un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste.

**Chirurgie de l'aorte** : Chirurgie visant à traiter une maladie de l'aorte et nécessitant l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. On entend par « aorte » l'aorte thoracique ou abdominale, mais non ses ramifications. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusion : angioplastie, intervention chirurgicale intra-artérielle, intervention transcathéter percutanée ou intervention non chirurgicale.

**Chirurgie valvulaire (remplacement ou réparation) :** Intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusion : angioplastie, intervention chirurgicale intra-artérielle, intervention transcathéter percutanée ou intervention non chirurgicale.

**Coma :** Diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre ou moins pendant cette période. Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : les comas provoqués médicalement, ainsi que les comas directement ou indirectement causés par l'usage d'alcool ou de drogue ou un diagnostic de mort cérébrale.

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

- symptômes de crise cardiaque;
- changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque; ou
- apparition de nouvelles ondes Q pathologiques sur l'électrocardiogramme (ECG) après une intervention cardiaque intra-artérielle, y compris, entre autres, une coronarographie ou une angioplastie.

Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un spécialiste.

Aucune prestation ne sera payable pour cette maladie dans les cas suivants :

- changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur;
- autres syndromes coronariens aigus, y compris une angine de poitrine ou une angine instable; ou
- augmentation des biomarqueurs cardiaques ou symptômes résultant de procédures médicales ou de diagnostics autres que celui de la crise cardiaque.



**Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe :** Diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe d'un point de vue médical. Pour être admissible à la garantie visant la défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente, l'assuré doit être inscrit à titre de receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme de greffe requise. Pour les besoins de la période de survie, la date d'établissement du diagnostic est la date de l'inscription de l'assuré dans un centre de transplantation. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

**Démence, y compris maladie d'Alzheimer :** Diagnostic formel de démence, posé par un spécialiste, soit la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :

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

L'assuré doit présenter :

- une démence de gravité modérée ou plus, qui doit être démontrée par un *Mini Mental State Exam* dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et
- des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes obtenues soit par une batterie de tests cognitifs soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins six mois.

Exclusion : les troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.

Le *Mini Mental State Exam* fait référence à la publication "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician (MF Folstein, SE Folstein, PR McHugh, J Psychiatry Res. 1975; 12(3):189).

**Greffe d'un organe vital :** Diagnostic formel d'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse, qui nécessite une greffe d'organe d'un point de vue médical.

Pour être admissible à la garantie visant la greffe d'un organe vital, l'assuré doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

**Infection au VIH dans le cadre de l'occupation :** Diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé l'assuré à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'il exerçait ses tâches habituelles.

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date d'entrée en vigueur de la couverture.

La prestation pour cette maladie grave ne sera versée que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

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

Le diagnostic d'infection au VIH dans le cadre de l'occupation doit être posé par un spécialiste.

Aucune prestation ne sera payable pour cette maladie grave dans les cas suivants :

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

**Insuffisance rénale :** Diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale. Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un spécialiste.

**Maladie des motoneurones :** Diagnostic formel de l'un des troubles suivants: sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, atrophie musculaire progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudo-bulbaire.

Le diagnostic de maladie des motoneurones doit être posé par un spécialiste.

**Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques spécifiés :**

Maladie de Parkinson : Diagnostic formel de maladie de Parkinson primitive, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants : rigidité musculaire ou tremblement de repos. L'assuré doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an, et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

Syndromes parkinsoniens atypiques spécifiés : Diagnostic formel de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.

Le diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique spécifié doit être posé par un neurologue.

Exclusion de 1 an : Aucune prestation ne sera payable pour la maladie de Parkinson ou les syndromes parkinsoniens atypiques spécifiés si, dans la première année suivant la date d'entrée en vigueur de la couverture, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené directement ou indirectement à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique spécifié ou de tout autre type de parkinsonisme, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique spécifié ou de tout autre type de parkinsonisme.

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

Aucune prestation ne sera exigible pour la maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques pour tout autre type de parkinsonisme.

**Méningite bactérienne** : Diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes. La présence de bactéries pathogènes doit être confirmée par la culture ou d'autres tests microbiologiques généralement reconnus sur le plan médical. La méningite bactérienne doit entraîner des déficits neurologiques documentés pendant au moins 90 jours suivant la date d'établissement du diagnostic.

Le diagnostic de méningite bactérienne doit être posé par un spécialiste.

Les déficits neurologiques doivent être détectables par le spécialiste et peuvent inclure, entre autres, une perte de vision ou d'audition mesurable, des changements mesurables sur le plan des fonctions neurocognitives, la perte de sensation objective, la paralysie, la faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté à articuler), la dysphasie (difficulté à parler), la dysphagie (difficulté à déglutir), une anomalie de la démarche (difficulté à marcher), la difficulté à garder l'équilibre, le manque de coordination ou les crises d'apparition récente faisant l'objet d'un traitement. Les maux de tête ou la fatigue ne sont pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusion : une méningite virale.

**Paralysie** : Diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.

Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste.

**Perte d'autonomie** : Diagnostic formel de l'incapacité totale, résultant d'une maladie ou d'une blessure, d'effectuer de manière autonome au moins trois des six activités de la vie quotidienne :

- avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- sans espoir raisonnable de rétablissement; et
- sur une période continue d'au moins 90 jours.

Le diagnostic de perte d'autonomie doit être posé par un médecin et confirmé par une évaluation indépendante des besoins en soins à domicile effectuée par un ergothérapeute ou un professionnel de la santé équivalent.

Aucune période de survie supplémentaire ne s'applique une fois que les conditions mentionnées ci-dessus sont remplies.

**Perte de l'usage de la parole :** Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours. Le diagnostic de perte de l'usage de la parole doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : perte de l'usage de la parole pour toute cause psychiatrique.

**Perte de membres :** Diagnostic formel de la séparation complète de deux membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville, ou plus haut par suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un spécialiste.

**Pontage coronarien :** Intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'une ou de plusieurs greffes. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusion : angioplastie, intervention chirurgicale intra-artérielle, intervention transcathéter percutanée ou intervention non chirurgicale.

**Sclérose en plaques :** Diagnostic formel d'au moins une des manifestations suivantes survenant après la date d'entrée en vigueur de la garantie :

- au moins deux poussées cliniques distinctes, confirmées par au moins une imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
- une seule poussée entraînant des déficits neurologiques objectifs persistant pendant plus de six mois, confirmées par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation; ou
- une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux qui démontrent de nouvelles plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

Le diagnostic de sclérose en plaques doit être posé par un spécialiste.

Les déficits neurologiques doivent être détectables par le spécialiste et peuvent inclure, entre autres, une perte de vision ou d'audition mesurable, des changements mesurables sur le plan des fonctions neurocognitives, la perte de sensation objective, la paralysie, la faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté à articuler), la dysphasie (difficulté à parler), la dysphagie (difficulté à déglutir), une anomalie de la démarche (difficulté à marcher), la difficulté à garder l'équilibre, le manque de coordination ou les crises d'apparition récente faisant l'objet d'un traitement. Les maux de tête ou la fatigue ne sont pas considérés comme des déficits neurologiques.

Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- sclérose solitaire;
- syndrome clinique isolé;
- syndrome radiologiquement isolé;
- maladie du spectre de la neuromyéélite optique; ou
- suspicion de sclérose en plaques, ou diagnostic possible de sclérose en plaques.

Exclusion de 1 an : Aucune prestation ne sera payable en vertu de cette condition si, dans la première année suivant la date d'entrée en vigueur de la garantie, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené directement ou indirectement à l'établissement d'un diagnostic de sclérose en plaques, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de sclérose en plaques.

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

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

Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste.

**Tumeur cérébrale bénigne** : Diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. L'assuré doit avoir subi un traitement chirurgical ou une radiothérapie, ou la tumeur doit avoir provoqué des déficits neurologiques objectifs et irréversibles.

Ces déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostique démontrant des changements dont la nature, l'emplacement et l'apparition co incident avec les déficits neurologiques.

Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste.

Les déficits neurologiques doivent être détectables par le spécialiste et peuvent inclure, entre autres, une perte de vision ou d'audition mesurable, des changements mesurables sur le plan des fonctions neurocognitives, la perte de sensation objective, la paralysie, la faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté à articuler), la dysphasie (difficulté à parler), la dysphagie (difficulté à déglutir), une anomalie de la démarche (difficulté à marcher), la difficulté à garder l'équilibre, le manque de coordination ou les crises d'apparition récente faisant l'objet d'un traitement. Les maux de tête ou la fatigue ne sont pas considérés comme des déficits neurologiques.

Aucune prestation ne sera payable pour cette maladie grave en cas d'adénomes hypophysaires d'une taille inférieure à 10 mm, de malformations vasculaires, de cholestéatomes ou de tumeurs contagieuses ou inflammatoires.

Exclusion de 90 jours : Aucune prestation ne sera payable en vertu de cette condition si, dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur de la garantie, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené directement ou indirectement à l'établissement d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne.

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

## **MALADIES INFANTILES ADMISSIBLES**

Lorsque l'adhérent a une couverture familiale, une prestation sera versée selon le montant indiqué dans le Sommaire des garanties pour un enfant, pour un maximum de 1 maladie infantile couverte à vie.

Les maladies infantiles couvertes sont les suivantes :

- **Autisme** : anomalie organique dans le développement du cerveau caractérisée par l'incapacité de développer un langage de communication ou d'autres formes de communication sociale, avec un diagnostic confirmé par un psychiatre de l'enfance ou un pédiatre avant le troisième anniversaire de naissance de l'enfant.
- **Paralysie cérébrale** : diagnostic formel de paralysie cérébrale, un trouble neurologique non progressif caractérisé par une spasticité et un manque de coordination des mouvements.

- **Cardiopathie congénitale** : un ou plusieurs des diagnostics de maladies cardiaques des listes suivantes :

#### **Liste A**

- a) Retour veineux pulmonaire anormal total;
- b) Transposition des gros vaisseaux;
- c) Atrésie de valve cardiaque quelconque;
- d) Coarctation de l'aorte;
- e) Ventricule unique;
- f) Hypoplasie du cœur gauche;
- g) Ventricule gauche à double issue;
- h) Tronc artériel commun;
- i) Tétralogie de Fallot;
- j) Syndrome d'Eisenmenger;
- k) Ventricule à double entrée;
- l) Hypoplasie du cœur droit; ou
- m) Maladie d'Ebstein.

Les maladies susmentionnées sont couvertes après 30 jours de période de survie, à partir de la date la plus tardive entre celle du diagnostic et celle de la naissance. Le diagnostic de toutes les maladies de la Liste A doit être fait par un cardiologue pédiatrique qualifié, et attesté par une imagerie cardiaque appropriée.

#### **Liste B**

- a) Sténose pulmonaire;
- b) Sténose aortique;
- c) Sténose aortique sous-valvulaire discrète;
- d) Communication interventriculaire; ou
- e) Communication interauriculaire.

Les maladies susmentionnées sont couvertes uniquement lorsqu'une chirurgie à cœur ouvert est pratiquée pour traiter la maladie, après 30 jours de période de survie à partir de la date la plus tardive entre celle du diagnostic et celle de la naissance. Le diagnostic de toutes les maladies de la Liste B doit être fait par un cardiologue pédiatrique qualifié, et attesté par une imagerie cardiaque appropriée. La chirurgie doit avoir été recommandée par un cardiologue pédiatrique qualifié et réalisée par un chirurgien cardiaque au Canada.



- **Fibrose kystique** : Diagnostic formel de fibrose kystique confirmé par preuves de maladie pulmonaire chronique et d'insuffisance pancréatique.
- **Trisomie 21** : Diagnostic formel de trisomie 21 posé par un spécialiste qualifié.
- **Dystrophie musculaire** : Diagnostic formel de dystrophie musculaire caractérisée par des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par électromyographie et biopsie musculaire.
- **Diabète sucré de type 1** : Diagnostic de diabète sucré de type 1, caractérisé par une carence complète d'insuline et une dépendance permanente à l'insuline exogène pour survivre. Le diagnostic doit être fait par un pédiatre ou un endocrinologue qualifié autorisé à pratiquer au Canada et y exerçant sa profession, et il doit y avoir des preuves de dépendance à l'insuline pour une période minimale de trois mois.

Aucune prestation n'est payable si un enfant naît dans les 10 mois suivant la date d'entrée en vigueur de la couverture familiale et que cet enfant obtient un diagnostic de maladie infantile à l'intérieur de ces 10 mois.

## MALADIES ADMISSIBLES À LA PRESTATION PARTIELLE

Le montant partiel de la garantie sera versé, jusqu'au montant indiqué dans le Sommaire des garanties, pour toutes maladies graves suivantes qui ne mettent pas la vie en danger :

- Angioplastie coronarienne;
- Carcinome canalaire *in situ* (Tis) du sein;
- Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b); ou
- Mélanome malin de stade 1A.

L'assuré est admissible à une prestation partielle à vie pour chaque maladie grave admissible à la prestation partielle. La prestation partielle ne réduit pas le montant de couverture disponible pour les maladies graves admissibles à la prestation complète.

Toutes les conditions doivent être le résultat d'une maladie ou d'une affection pour être considérées comme admissibles à la prestation partielle. Les maladies suivantes sont admissibles à la prestation partielle, sous réserve des limites spécifiées dans le Sommaire des garanties :

**Angioplastie coronarienne** : Intervention chirurgicale visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre une circulation ininterrompue de sang. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

**Carcinome canalaire in situ (Tis) du sein** : Un cancer non invasif qui doit être confirmé par biopsie. Le diagnostic du carcinome canalaire in situ du sein doit être posé par un spécialiste.

Exclusion de 90 jours : Aucune prestation ne sera payable en vertu de cette condition si, dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur de la garantie, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de cancer.

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

**Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)** : Le diagnostic du cancer de la prostate de stade A (T1a ou T1b) doit être posé par un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu de la prostate.

Exclusion de 90 jours : Aucune prestation ne sera payable en vertu de cette condition si, dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur de la garantie, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de cancer.

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

**Mélanome malin au stade 1A** : Un mélanome confirmé par biopsie dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1,0 mm, sans être ulcéré ou accompagné d'invasions aux niveaux de Clark IV ou V. Le diagnostic du mélanome malin au stade 1A doit être posé par un spécialiste.

Exclusion de 90 jours : Aucune prestation ne sera payable en vertu de cette maladie grave si, dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur de la garantie, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de cancer.

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

## **VERSEMENT DE LA PRESTATION**

La prestation est payable à la fin de la période de survie mentionnée dans le Sommaire des garanties, à condition que l'assuré soit toujours vivant à ce moment-là.

La prestation par assuré est limitée au montant de prestation maximal mentionné dans le Sommaire des garanties, peu importe le nombre de maladies graves admissibles que l'assuré peut subir.

Le montant de prestation maximal est payable pour un maximum de 2 maladies non reliées et admissibles à la prestation maximale. Dès lors qu'une prestation devient payable pour une maladie couverte faisant partie d'une catégorie (catégorie 1, 2, 3 ou 4), l'assuré n'est plus couvert pour aucune maladie ultérieure faisant partie de la même catégorie. Toutefois, l'assuré est admissible à une deuxième prestation maximale pour une maladie couverte faisant partie d'une autre catégorie.

Le montant de prestation partiel est payable pour un maximum de 4 maladies admissibles à la prestation partielle. L'assuré est admissible à 1 prestation partielle par maladie couverte qui ne met pas la vie en danger.

Le montant de prestation maximal est payable pour 1 maladie infantile couverte.

## **Délai pour soumettre une demande de règlement**

La demande de règlement doit parvenir à l'assureur au plus tard dans les 12 mois suivant la date d'établissement du diagnostic.

## **EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS**

L'assureur ne verse aucune prestation pour toute condition résultant, directement ou indirectement, de l'une des causes suivantes :

- a) une condition préexistante, sauf si la maladie grave admissible survient après la période de 24 mois suivant le début de la protection à l'égard de l'assuré;

- b) un accident, sauf si les brûlures graves constituent la maladie grave admissible;
- c) une tentative de suicide ou une blessure ou maladie que l'assuré s'inflige ou contracte volontairement;
- d) utilisation de tout poison, substance intoxicante ou drogue, sauf s'ils sont prescrits par un médecin et utilisés selon les recommandations de ce dernier;
- e) la participation à un acte criminel ou la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
- f) tout accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute drogue (y compris la marijuana) ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident; ou
- g) une insurrection, une guerre (déclarée ou non), l'hostilité des forces armées de tout pays ou la participation à une émeute ou à un affrontement public.

## **Droit de transformation en une police d'assurance individuelle**

### **Admissibilité à la transformation**

Si la Garantie Maladies graves facultative de l'adhérent prend fin à son 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance ou avant cette date, en raison de son départ à la retraite, la fin de son emploi ou la cessation de la couverture collective ou de la catégorie d'adhérents à laquelle il appartient, l'adhérent a le droit de souscrire une police d'assurance maladies graves individuelle auprès de l'assureur.

À son 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance ou avant cette date, un conjoint a le droit de souscrire une police d'assurance maladies graves individuelle auprès de l'assureur si sa Garantie Maladies graves facultative prend fin pour toute autre raison qu'une requête de l'adhérent.

La Garantie Maladies graves de l'adhérent ou du conjoint (en vertu du présent contrat ou d'un contrat antérieur) doit être en vigueur pendant au moins 24 mois consécutifs avant que l'adhérent ou le conjoint ait le droit de souscrire une assurance maladies graves individuelle.

### **Modalités de la police individuelle**

La police individuelle émise en vertu de ce droit de transformation est assujettie aux conditions mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture de la présente brochure.

Cette police est également assujettie aux modalités spécifiques suivantes :

- pendant la période de 31 jours au cours de laquelle le droit de transformation peut être exercé, le montant de la protection disponible en vertu de ce droit de transformation est en vigueur, sans frais;
- la protection en vertu de la police d'assurance maladies graves individuelle entre en vigueur 31 jours après la date de fin de la couverture collective;
- la police d'assurance maladies graves individuelle ne comprend aucune garantie invalidité, ni aucune autre garantie supplémentaire;
- le montant maximum de protection offert en vertu de la police d'assurance maladies graves individuelle est le moindre des montants suivants :
  - la somme du montant de la Garantie Maladies graves (étendue) et du montant de la Garantie Maladies graves facultative en vigueur à la date de fin de la garantie;
  - le montant de la réduction de la protection en raison d'une police de remplacement souscrite par l'adhérent dans les 31 jours de la date de fin de couverture collective; et
  - 100 000 \$; et
- le montant de protection de la police d'assurance maladies graves individuelle ne peut être inférieur au montant minimum normalement émis par l'assureur pour le type de police choisi.

## 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, sauf pour les médicaments produits par *AbbVie* et *Allergan*, 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;
- le cannabis à des fins médicales
- 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 shampooings, les huiles et les crèmes\*;

- les vitamines ou multivitamines\*;
  - les suppléments ou les vitamines prénataux\*.
- \* Ces produits sont toutefois couverts lorsqu'ils ne peuvent être obtenus que sur l'ordonnance d'un médecin, comme l'exige Santé Canada.

De plus les services suivants ne sont pas couverts :

- Les frais engagés en raison d'une maladie ou d'un accident couvert par une Commission 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 RÉSIDENTS 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 résident 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 ans, 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.

### **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.

**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, tant qu'il a droit à des soins assurés;
- 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.
- les frais de traitement de la dépendance aux drogues et à l'alcool pour l'occupation d'une chambre lorsqu'un assuré est admis dans un centre de traitement des dépendances pour traiter une dépendance aux drogues, à l'alcool ou aux deux, sous réserve d'un remboursement maximum de 80 \$ par jour jusqu'à concurrence de 2 500 \$ à vie.

#### 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 5 000 \$ par assuré, par année de régime.

#### **4. 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.

#### **5. 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.

#### **6. 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 où les frais ont été engagés.

#### **7. Soins de la vue**

##### Examen de la vue

L'examen de la vue par un ophtalmologiste ou un optométriste, jusqu'à concurrence d'un remboursement 1 examen de la vue par période de 12 mois consécutifs.

#### **8. Stérilet**

Les frais d'achat de stérilets.

**9. Services paramédicaux (sans recommandation médicale)**

Les services d'un psychologue, d'un psychothérapeute, d'un travailleur social et d'un conseiller clinique (incluant la thérapie cognitivo-comportementale), jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum de 750 \$ par assuré, par année de régime, pour l'ensemble des professionnels.

## **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, tant qu'il a droit à des soins assurés;
- 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.
- les frais de traitement de la dépendance aux drogues et à l'alcool pour l'occupation d'une chambre lorsqu'un assuré est admis dans un centre de traitement des dépendances pour traiter une dépendance aux drogues, à l'alcool ou aux deux, sous réserve d'un remboursement maximum de 80 \$ par jour jusqu'à concurrence de 5 000 \$ à vie.

## **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 250 \$ par assuré, par période de 24 mois consécutifs ou 12 mois consécutifs pour un enfant à charge de moins de 21 ans.

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 1 examen de la vue par période de 12 mois consécutifs.

#### **5. Tests diagnostiques et bilans de santé, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par année de régime**

- 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 où les frais ont été engagés.

## **9. Stérilet**

Les frais d'achat de stérilets.

## **10. Services paramédicaux (sans recommandation médicale)**

Les services d'un psychologue, d'un psychothérapeute, d'un travailleur social et d'un conseiller clinique (incluant la thérapie cognitivo-comportementale), jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum de 1 000 \$ par assuré, par année de régime, pour l'ensemble de ces professionnels.

Sous réserve d'un maximum combiné différent, 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, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum de 800 \$ par assuré, par année de régime, pour l'ensemble de ces professionnels.

Sont également inclut 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 privée, tant qu'il a droit à des soins assurés;
- 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 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.
- les frais de traitement de la dépendance aux drogues et à l'alcool pour l'occupation d'une chambre lorsqu'un assuré est admis dans un centre de traitement des dépendances pour traiter une dépendance aux drogues, à l'alcool ou aux deux, sous réserve d'un remboursement maximum de 80 \$ par jour jusqu'à concurrence de 10 000 \$ à vie.

### 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 15 000 \$ 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 ou 12 mois consécutifs pour un enfant à charge de moins de 21 ans.

##### 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 1 examen de la vue par période de 12 mois consécutifs.

#### 5. Tests diagnostiques et bilans de santé, jusqu'à concurrence de 1 500 \$ par année de régime

- 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 où les frais ont été engagés.

## **9. Stérilet**

Les frais d'achat de stérilets.

## **10. Services paramédicaux (sans recommandation médicale)**

Les services d'un psychologue, d'un psychothérapeute, d'un travailleur social et d'un conseiller clinique (incluant la thérapie cognitivo-comportementale), jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum de 1 500 \$ par assuré, par année de régime, pour l'ensemble de ces professionnels.

Sous réserve d'un maximum combiné différent, 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, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum de 1 000 \$ par assuré, par année de régime, pour l'ensemble de ces 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;
- 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 ;
- **fournure** : 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 la province où les frais ont été engagés (édition de l'année 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 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 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 assuré 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:

- a) seul l'argent de l'employeur (dollars flex) peut y être déposé;
- b) 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);
- c) 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.

## **COMPTE GESTION MIEUX-ÊTRE (CGM)**

---

### **OBJET DE LA GARANTIE**

Le compte Gestion mieux-être (CGM) est administré par l'assureur au nom l'employeur qui assume l'entière responsabilité légale et financière de la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

### **CE QUI EST COUVERT**

L'assureur rembourse les frais qui répondent aux critères de frais admissibles mentionnés dans le Sommaire des garanties.

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

#### **Soutien à la santé et au mieux-être**

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

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

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

Exclusion : l'achat de cigarettes électroniques.

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

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

Exclusions : les frais pour la location de piscines d'accouchement et les services post-partum, tels que les consultations pour le traumatisme relié à l'accouchement.

#### **Médecines alternatives**

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

## **Activités et équipement de sport et de conditionnement physique**

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

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

**Entraîneur personnel :** Les frais pour les services d'un entraîneur personnel certifié en conditionnement physique.

**Équipement de conditionnement physique et de sport :** Les frais d'achat ou de location de l'équipement suivant :

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

Exclusion : les vêtements de sport.

## **Autres frais médicaux admissibles**

**Frais médicaux de soins de santé et de soins dentaires :** Les frais médicaux de soins de santé et de soins dentaires couverts en partie ou non en vertu d'un régime de soins de santé ou de soins dentaires existant, comme indiqué dans la politique des RH d'AbbVie.

## **CRÉDITS CGM**

L'assureur prédéterminera la somme des crédits alloués au CGM au début de chaque année de régime dans le Sommaire des garanties. Les crédits représentent la valeur monétaire allouée par le preneur du CGM et le montant qui peut être remboursé par l'assureur au nom de l'employeur.

Les crédits CGM seront versés à la fréquence d'allocation des crédits mentionnée dans le Sommaire des garanties.

Les crédits CGM non utilisés ne peuvent en aucun cas être versés en espèces.

L'allocation des crédits CGM ne peut changer que s'il y a un changement lié au statut de l'emploi.

Advenant la fin du CGM de l'adhérent, l'employeur peut ajuster les crédits alloués au CGM pour cette année. L'employeur doit rapidement aviser l'assureur du montant de crédits ajusté.

Si l'adhérent dont le CGM a pris fin a des demandes de règlement impayées pour des frais engagés avant la date de fin du CGM, elles peuvent être soumises au cours du délai de grâce applicable aux adhérents dont le CGM a pris fin, comme il est indiqué dans le Sommaire des garanties. Ces demandes seront payées à même les crédits restants. Les frais admissibles en vertu du CGM ne seront remboursés que sur demande. L'adhérent paiera au moment de l'achat, et soumettra ensuite une demande de règlement en vertu du CGM à l'assureur avec la preuve d'achat. Lorsque demandé par l'adhérent, les crédits CGM seront ensuite utilisés pour payer la demande de règlement.

## **VERSEMENT DE LA PRESTATION**

### **Comment s'effectue le remboursement**

Les frais admissibles en vertu du CGM ne seront remboursés que sur demande. L'adhérent paiera au moment de l'achat, et soumettra ensuite une demande de règlement en vertu du CGM à l'assureur avec la preuve d'achat. Lorsque demandé par l'adhérent, les crédits CGM seront ensuite utilisés pour payer la demande de règlement.

## **TYPE DE CGM**

### **Aucun report**

Avec ce type, les crédits non utilisés ne peuvent être reportés à l'année de régime suivante.

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

Les demandes de règlement peuvent être soumises au cours l'année de régime pendant laquelle les frais ont été engagés ou au cours du délai de grâce indiqué dans le Sommaire des garanties.

## **EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS**

Aucune prestation n'est payable (ou les prestations sont réduites) dans les cas suivants :

- a) des frais engagés par les adhérents avant la date de prise d'effet de la présente garantie ou après la date de fin du CGM, conformément au présent contrat;
- b) les dépenses pour des services qui ont déjà été remboursés par tout autre régime de soins de santé privé ou tout régime de soins de santé gouvernemental;
- c) les armes à feu et les munitions;
- d) l'alcool, les drogues récréatives et l'attirail;

- e) les cartes de crédit prépayées, les cartes-cadeaux et les paiements effectués à l'aide de points ou de cartes de récompenses;
- f) les dons de charité;
- g) les services, traitements, articles ou fournitures qui n'entrent pas dans les catégories de frais admissibles figurant dans la présente garantie;
- h) l'achat de livres, de revues ou d'autres documents, sous forme imprimée ou électronique ou toute autre forme de média;
- i) les frais pour tous les services ou autres frais reliés au spa, excepté le coût d'entrée;
- j) les frais pour les outils de jardinage, les semences et les plantes et les frais pour l'inscription à des cours d'intérêt personnel;
- k) les frais de service de diffusion en et les frais d'abonnement;
- l) l'équipement ou les fournitures d'occasion;
- m) l'achat de nourriture, y compris les repas dans le cadre de programmes de perte de poids, sauf si l'achat figure parmi les frais couverts dans la présente garantie;
- n) toute dépense exclue spécifiquement des catégories de frais admissibles en vertu du CGM.

# SERVICES DE MÉDECINS EN LIGNE

---

## OBJET DE LA GARANTIE

Services de médecins en ligne permet à l'assuré d'accéder aux services d'un médecin grâce à des consultations par ordinateur, par téléphone ou par tablette dans le but d'obtenir un diagnostic, un avis médical ou un traitement pour une condition admissible. Les services sont offerts 24 heures par jour, 7 jours par semaine, y compris les jours fériés.

## DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES

Les définitions qui suivent s'appliquent aux Services de médecins en ligne, en plus de celles prévues dans la section Définitions de la présente brochure.

**Condition admissible :** Une condition médicale non urgente pour laquelle, selon l'avis du médecin, la consultation en ligne est légalement autorisée et permet de dispenser un traitement adéquat.

**Médecin :** Un docteur en médecine autorisé à exercer sa profession à titre de médecin généraliste et à prescrire et administrer des médicaments et traitements médicaux dans les limites de sa compétence. Sont exclus les médecins spécialistes autorisés comme les dermatologues.

**Fournisseur de service :** L'entreprise, la personne ou toute autre entité légale désignée par l'assureur pour fournir l'accès à un portail en ligne permettant d'utiliser les Services de médecins en ligne.

## SERVICES OFFERTS

### Conditions admissibles

Une consultation en ligne avec un médecin sera offerte à l'assuré relativement aux conditions admissibles.

Les conditions admissibles les plus courantes peuvent inclure, mais sans s'y limiter :

- acné
- asthme
- engelures
- bronchite
- congestion nasale
- conjonctivite
- démangeaisons aux yeux
- déshydratation
- diarrhée
- douleurs aux oreilles
- douleurs corporelles
- ecchymoses
- entorses et foulures
- éraflures
- fièvre
- grippe
- infections à levures
- infections de la peau
- infections respiratoires
- infections transmises sexuellement
- infections urinaires
- insomnie
- lacérations mineures
- maux de gorge
- maux de tête
- migraines
- morsures et piqûres
- nausées
- poux
- santé mentale
- sinusite
- Toux
- Urticaire
- vaginose bactérienne
- vomissements



## Traitement

Le médecin fournira le traitement qu'il juge approprié aux conditions admissibles.

Un traitement peut inclure, mais sans s'y limiter :

- les ordonnances;
- les attestations médicales;
- les recommandations;
- les requêtes de laboratoire; et
- les requêtes d'imagerie diagnostique.

## Services hors Canada

L'assuré peut utiliser les Services de médecins en ligne pendant un voyage à l'extérieur du Canada. Les médecins ne peuvent pas prescrire de médicaments hors du Canada, mais ils peuvent :

- évaluer si une condition admissible nécessite une consultation avec un médecin sur place; et
- recommander des traitements en vente libre susceptibles d'être disponibles dans le pays visité.

## SERVICES ADDITIONNELS

L'assuré peut également avoir accès à des services spécialisés moyennant des frais supplémentaires. Le détail des services spécialisés offerts et des frais applicables est disponible sur le site Internet du fournisseur de service.

Les services spécialisés sont sujets à changement en tout temps et peuvent varier d'une province à l'autre. Ils peuvent inclure, mais sans s'y limiter :

- accompagnement en développement personnel
- aide à la gestion du diabète
- alimentation et nutrition
- dermatologie
- endocrinologie
- lactation et allaitement
- naturopathie
- oncologie
- pédiatrie
- psychiatrie
- psychothérapie
- thérapie du sommeil

Certains frais de services spécialisés pourraient être admissibles à un remboursement en vertu d'un régime d'assurance collective, s'il y a lieu.

## COMMENT ÇA FONCTIONNE

L'assuré peut accéder et s'inscrire aux services de Médecins en ligne en visitant le site web [www.cbmedavie.ca/application](http://www.cbmedavie.ca/application) et en suivant les étapes suivantes :

- télécharger l'application mobile « Medavie Mobile »;
- inscrire l'information nécessaire pour se connecter à son profil;
- cliquer sur « visualiser mes protections »;
- cliquer sur « Médecins en ligne » ; et
- suivre les instructions de la section « Comment accéder à mon compte ».

L'assuré doit créer un compte sur le site Internet du fournisseur de service, décrire les symptômes et soumettre une demande de consultation avec un médecin. Le médecin détermine ensuite, à son entière discrétion, si la demande concerne une condition admissible. Dans le cas où la demande concerne une condition admissible, le médecin fournit les services requis à l'assuré par téléphone, message texte ou vidéo.

À la suite de la consultation :

- l'assuré reçoit son attestation médicale ou ses requêtes, s'il y a lieu, en format numérique;
- les ordonnances, s'il y a lieu, sont automatiquement envoyées à la pharmacie choisie par l'assuré; et
- le suivi des requêtes de laboratoire et d'imagerie diagnostique pourra être assuré par une infirmière, s'il y a lieu.

Les détails de la consultation, y compris les ordonnances et les requêtes de laboratoire, sont conservés dans l'application du fournisseur de service. L'assuré peut accéder à ces renseignements en tout temps et les partager avec son médecin de famille directement par l'entremise de l'application du fournisseur de service.

L'assuré a la possibilité de créer son propre dossier de santé en ligne en y inscrivant des renseignements comme ses antécédents médicaux, ses dossiers médicaux et ses résultats d'analyses.

## **EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS**

Les Services de médecins en ligne sont limités aux consultations en ligne avec un médecin, selon la description de la présente brochure.

Aucun service ne sera rendu dans les cas suivants :

- a) urgences médicales;
- b) ordonnance pour des médicaments considérés comme des médicaments contrôlés par Santé Canada;
- c) formulaires à remplir pour une commission de la santé et de la sécurité au travail ou tout autre régime d'invalidité;
- d) attestation médicale antidatée; ou
- e) toute condition que le médecin juge, à son entière discrétion, inadéquate à la consultation en ligne.

## **INFORMATION ADDITIONNELLE**

L'assureur se réserve le droit, à son entière discrétion, de substituer ou de remplacer le fournisseur de service par un autre fournisseur de service habilité à fournir un niveau de service équivalent.

## **PROLONGATION DES SERVICES DE MÉDECINS EN LIGNE**

Advenant la résiliation du présent contrat ou des Services de médecins en ligne, tous les Services de médecins en ligne en cours à cette date ne seront pas interrompus.

En cas de résiliation des Services de médecins en ligne en vertu du présent contrat, les renseignements et l'historique de l'assuré demeureront accessibles sur le site Internet ou dans l'application mobile du fournisseur de service.

---

## 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, Assurance Soins dentaires), au Compte de Gestion Santé et au Compte Gestion mieux-être 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](http://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.cbmedavie.ca](http://www.cbmedavie.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](http://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 90 jours qui suivent la fin de l'année de régime au cours de laquelle les frais ont été engagés.

### Compte Gestion mieux-être

Toute demande de règlement en vertu du Compte Gestion mieux-être doit être soumise, au plus tard dans les 90 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.

## **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

**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.

**Assurance décès et mutilation par accident de base**  
**Titulaire de la police : ABBVIE CORPORATION**  
**Numéro de police : BSC 9138194**

**Pourquoi avez-vous besoin d'une assurance en cas d'accident?**

Une blessure grave ou un décès par suite d'un accident peut avoir d'énormes conséquences. Un accident grave peut vous empêcher de faire face à vos obligations financières et suite à votre décès, votre conjoint peut être dans l'impossibilité de défrayer le coût des soins dont vos êtres chers peuvent avoir besoin.

Votre employeur vous offre une assurance en cas d'accident, émise par la Compagnie d'Assurance AIG du Canada. La police prévoit une prestation globale pour alléger le fardeau financier et assurer que les besoins de votre famille sont satisfaits, si vous perdez la vie, ou des « prestations du vivant », dans le cas où un accident couvert entraîne une paralysie, la perte ou la perte de l'usage d'un membre, de la vue, de la parole ou de l'ouïe.

**Mode de fonctionnement**

Vous êtes automatiquement assuré pour un montant égal à l'assurance vie standard jusqu'à un maximum de 1 000 000\$.

**Voici ce que vous obtenez**

**Couverture d'assurance-accidents étendue** — Votre régime prévoit de généreuses prestations en cas de décès ou de mutilation par accident à la suite de blessures subies dans des accidents couverts.

**Acceptation garantie** — L'assurance est accordée sans égard à vos antécédents médicaux.

**Protection dans le monde entier, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7** — Votre assurance vous couvre 24 heures sur 24, au travail, à la maison ou durant vos loisirs, partout dans le monde.

**Définitions**

Par « **Employé assuré** », on entend vous, si vous êtes un employé permanent ou temporaire du Titulaire de police, âgé de moins de 70 ans.

**Désignation de bénéficiaire**

Si vous décédez par accident, la prestation sera versée au bénéficiaire que vous avez désigné par écrit dans le cadre de la police d'assurance vie standard de votre employeur. En l'absence d'une désignation par écrit, la prestation sera versée à votre succession.

Toutes les autres prestations vous seront versées.

**Prestations et garanties**

**Décès, mutilation, paralysie et perte de l'usage par accident**

Si une perte couverte survient dans les 365 jours suivant la date de l'accident couvert qui en est la cause, le régime prévoit le versement d'une somme forfaitaire correspondant au pourcentage du capital assuré indiqué dans le Tableau des pertes suivant :

**Tableau des pertes**

Perte de la vie .....	Le capital assuré
Perte des deux mains ou des deux pieds .....	Le capital assuré
Perte de la vue complète des deux yeux .....	Le capital assuré
Perte d'une main et d'un pied .....	Le capital assuré
Perte d'une main et de la vue complète d'un œil .....	Le capital assuré
Perte d'un pied et de la vue complète d'un œil .....	Le capital assuré
Perte d'un bras ou d'une jambe .....	Quatre cinquièmes du capital assuré
Perte d'une main ou d'un pied .....	Trois quarts du capital assuré
Perte de la vue complète d'un œil .....	Trois quarts du capital assuré
Perte du pouce et de l'index de la même main .....	Un tiers du capital assuré
Perte de la parole et de l'ouïe .....	Le capital assuré
Perte de la parole ou de l'ouïe .....	Trois quarts du capital assuré
Perte de l'ouïe d'une oreille .....	Deux tiers du capital assuré
Perte de quatre doigts d'une main .....	Un tiers du capital assuré
Perte de tous les Orteils d'un pied .....	Un quart du capital assuré

## Perte de l'usage

Perte de l'usage des deux bras ou des deux mains .....	Le capital assuré
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied .....	Trois quarts du capital assuré
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe.....	Quatre cinquièmes du capital assuré

## Paralysie

Quadriplégie (paralysie totale des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs) .....	Deux fois le capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars
Paraplégie (paralysie totale des deux membres inférieurs) .....	Deux fois le capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars
Hémiplégie (paralysie totale d'un membre supérieur et d'un membre inférieur du même côté du corps) .....	Deux fois le capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars

Si vous subissez plus d'une perte par suite d'un même accident, une seule prestation sera versée, soit la plus élevée.

Par « Perte », on entend les définitions suivantes : par « Quadriplégie », « Paraplégie » et « Hémiplégie », on entend la paralysie complète et irréversible des membres du corps visés; par « Main » ou « Pied », on entend le sectionnement total à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, mais en dessous de l'articulation du coude ou du genou; par « Bras » ou « Jambe », on entend le sectionnement total à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus; par « Pouce ou Index », on entend le sectionnement total à la première phalange ou au-dessus; par « Doigts », on entend le sectionnement total à la première phalange, ou au-dessus, des quatre Doigts d'une Main; par « Orteil », on entend le sectionnement total de deux phalanges de tous les Orteils d'un Pied; par « la Vue complète d'un oeil », on entend la Perte totale et irrémédiable de la vue de façon à ce que l'acuité visuelle corrigée de cet oeil soit égale ou inférieure à 20/200; par « la Vue complète des deux yeux », on entend la Perte totale et irréversible de la vue des deux yeux de façon à ce que l'acuité visuelle corrigée des deux yeux soit inférieure ou égale à 20/200 et que le champ visuel soit inférieur à 20 degrés dans les deux yeux. Un ophtalmologue qualifié doit confirmer cliniquement le diagnostic par écrit; par « l'Ouïe d'une oreille », on entend le diagnostic de Perte permanente de l'Ouïe d'une oreille, le seuil auditif excédant 90 décibels. Un oto-laryngologiste qualifié doit confirmer un tel diagnostic par écrit; par « l'Ouïe », on entend le diagnostic de la Perte permanente de l'Ouïe des deux oreilles, le seuil auditif excédant 90 décibels dans chaque oreille. Un oto-laryngologiste qualifié doit confirmer le diagnostic par écrit; par « Perte de la parole », on entend la Perte totale et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles; et par « Perte de l'usage », on entend la Perte totale et irrémédiable de l'usage; cette Perte doit être continue pendant 12 mois consécutifs à la fin desquels elle doit être déclarée permanente. Par « Perte », utilisée dans les présentes, on entend aussi la « Perte de la vie ».

## Prestation pour réadaptation

Remboursement de vos frais de formation professionnelle, jusqu'à concurrence de 15 000 \$, si ces frais sont engagés dans les deux années suivant l'accident à l'origine d'une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime.

## Prestation pour aménagement de la résidence ou d'un véhicule

Versement d'une prestation allant jusqu'à 15 000 \$ pour la modification de votre résidence ou de votre véhicule, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime et laquelle vous oblige à utiliser un fauteuil roulant pour vous déplacer.

## Prestation pour modification et adaptation de l'espace de travail

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 000 \$ à votre employeur, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime et laquelle exige l'utilisation d'un équipement spécial adapté ou la modification de l'espace de travail afin de vous permettre un retour au travail à plein temps auprès du Titulaire de police.

## Prestation pour thérapie psychologique

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 000 \$, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime et laquelle entraîne le besoin d'une thérapie psychologique dans les deux années qui suivent cette blessure.

## Prestation pour hospitalisation

Versement d'une prestation de (i) 1 % du capital assuré jusqu'à concurrence de 2 500 \$ par mois pour une période d'hospitalisation de plus de 30 nuits ou (ii) 1/30 du montant déterminé conformément à l'alinéa (i) par période d'hospitalisation de plus de 5 nuits mais de moins de 30, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime et laquelle entraîne votre hospitalisation pour une période maximale de douze mois.

### **Prestation pour transport de la famille**

Versement d'une prestation allant jusqu'à 15 000 \$ à l'égard des frais engagés pour le transport d'un membre de votre famille immédiate pour se rendre à l'hôpital où vous êtes hospitalisés, à plus de 100 kilomètres de votre résidence, à la suite d'une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime.

### **Prestation de rapatriement**

Versement d'une prestation allant jusqu'à 15 000 \$ pour couvrir les frais engagés pour le retour du corps à la ville de résidence, si vous êtes victimes de décès par accident couvert survenant à au moins 50 kilomètres de votre résidence.

### **Prestation pour identification du corps**

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 000 \$ pour le transport d'un membre de votre famille immédiate qui se rend identifier le corps, si vous êtes victimes de décès par accident couvert survenant à au moins 150 kilomètres de votre résidence et si un organisme d'exécution de la loi exige une telle identification.

### **Prestation pour port de la ceinture de sécurité**

Versement d'une prestation additionnelle équivalant à 10 % du capital assuré, jusqu'à concurrence de 50 000 \$, si vous êtes victimes de décès par accident couvert alors que vous vous trouvez à bord d'un véhicule de tourisme en tant que conducteur ou passagers et que votre ceinture de sécurité est proprement bouclée au moment de l'accident.

### **Prestation pour frais de garderie**

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 % du capital assuré, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année, pour les frais de garderie afférents à chaque enfant à charge de moins de 13 ans qui est inscrit dans une garderie au moment où vous êtes victimes de décès par accident couvert ou le devenez dans les 90 jours suivants. La prestation est payable jusqu'à concurrence de quatre années consécutives.

### **Prestation pour études d'un enfant à charge**

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 % du capital assuré, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année scolaire, pour les frais de scolarité de chaque enfant à charge qui est inscrit au niveau d'études postsecondaires, si vous êtes victimes de décès par accident couvert. La prestation est payable jusqu'à concurrence de quatre années consécutives.

### **Prestation pour études du conjoint**

Versement d'une prestation allant jusqu'à 15 000 \$ visant les frais engagés par votre conjoint pour suivre un programme de formation professionnelle ou de cours de métier dans le but d'obtenir une source indépendante de revenu, si vous êtes victime d'un décès par accident couvert et si ces frais sont engagés dans une période de 30 mois suivant votre décès.

### **Prestation pour frais funéraires**

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 000 \$ pour rembourser les frais funéraires dans le cas où vous êtes victimes de décès par accident couvert.

### **Prestations pour les personnes en deuil**

Versement d'une prestation allant jusqu'à 1 000 \$, dans le cas où, à la suite de votre décès par accident couvert, vos personnes à charge admissibles ont besoin de counseling dans l'année qui suit l'accident.

### **Prestation suite à un assaut criminel**

Versement d'un montant additionnel correspondant à 10 % du capital assuré, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez des prestations en vertu du régime, à la suite d'un acte délictueux grave délibéré d'une autre personne dirigé contre vous en tant qu'employé du Titulaire de police, à l'exception d'un acte commis par un collègue ou un membre de votre famille ou de votre ménage.

### **Prestation en cas de maladie grave (à l'exclusion du cancer)**

Versement d'un montant additionnel correspondant à 10 % du capital assuré, jusqu'à concurrence de 5 000 \$, si un diagnostic de maladies graves couvertes suivantes est posé à votre endroit :

- ✓ Brûlures profondes (troisième degré)
- ✓ Sclérose en plaques
- ✓ Fasciite nécrosante
- ✓ Maladie de Parkinson
- ✓ Défaillance d'un organe majeur nécessitant une greffe
- ✓ Maladie de motoneurone
- ✓ Greffe d'un organe majeur

Veillez consulter la police pour connaître les exigences particulières visant le diagnostic. Vous devez être hospitalisé pendant au moins 48 heures par suite de la maladie grave, rester en vie pendant au moins 30 jours après la date du diagnostic et être âgé de moins de 65 ans au moment du diagnostic. La prestation est versée une seule fois, même si vous êtes diagnostiqué comme ayant plus d'une maladie grave couverte.

### **Prestation en cas de coma**

Versement d'une prestation mensuelle équivalant à 1 % de la différence entre le capital assuré et tout autre montant payable en vertu du régime relativement à une blessure, pendant une période maximale de 100 mois.

### **Prestation en cas de brûlure**

Versement d'un pourcentage du capital assuré, jusqu'à concurrence de 25 000 \$, si vous subissez une brûlure au troisième degré.

### **Exonération des primes**

Exemption du paiement des primes en vertu du régime si vous recevez des prestations d'invalidité en vertu de la police d'assurance-vie collective du Titulaire de police.

### **Maintien de la couverture**

Si la personne n'est plus employée ou ne travaille plus activement, la protection sera maintenue dans les circonstances suivantes : (1) pendant un congé prévu par la loi, tel qu'il est prévu par les lois provinciales, territoriales ou fédérales applicables en matière de normes d'emploi ou l'équivalent, pour une période qui n'excède pas celle exigée par ces lois, ou (2) pendant la période de préavis de cessation d'emploi prévue par la loi, à condition que les primes continuent à être payées.

### **Droit de transformation**

Si vous quittez votre emploi pour quelque raison que ce soit, vous avez 90 jours pour transformer votre assurance en vertu du régime en une police d'assurance individuelle qui prévoit une couverture comparable et un montant d'assurance qui ne doit pas dépasser le capital assuré, selon les taux alors en vigueur pour les polices d'assurance individuelles.

### **Exclusions**

Le régime ne couvre aucune perte causée ou entraînée en tout ou en partie par ce qui suit :

- (a) le suicide commis ou toute tentative de suicide commise par vous ou vos personnes à charge admissibles assurées, si vous êtes sains d'esprit;
- (b) des blessures que vous ou vos personnes à charge admissibles assurées vous infligez intentionnellement ou toute tentative en ce sens, que vous soyez sains d'esprit ou non;
- (c) la guerre, déclarée ou non, ou tout acte de guerre;
- (d) une maladie, une affection ou une infirmité corporelle, directement ou indirectement, à l'origine de la perte ou de la demande de règlement;
- (e) une incapacité mentale, directement ou indirectement, à l'origine de la perte ou de la demande de règlement;
- (f) une blessure subie pendant que vous ou vos personnes à charge admissibles assurées recevez un traitement médical ou chirurgical pour soigner une maladie, une affection ou une infirmité corporelle ou mentale;
- (g) un accident ou un événement vasculaire cérébral, un accident ou un événement cardiovasculaire, un infarctus du myocarde ou une crise cardiaque, une thrombose coronaire, un anévrisme;
- (h)
  - (i) un voyage ou un vol à bord d'un appareil (y compris à l'embarquement ou au débarquement et en y montant ou en descendant) utilisé pour la navigation aérienne, si l'Employé assuré :
    - a) voyage en tant que passager à bord d'un aéronef non destiné au transport de passagers ou ne détenant pas de permis à cet effet; ou
    - b) exécute, apprend à exécuter ou enseigne à exécuter des manœuvres en tant que pilote ou membre de l'équipage de tout aéronef; ou
    - c) voyage en tant que passager à bord d'un aéronef privé, loué ou vol d'affrètement.
  - (ii) un voyage ou un vol (y compris à l'embarquement ou au débarquement et en y montant ou en descendant) de tout aéronef ou de tout engin conçu pour voler, planer ou se mouvoir en altitude au-dessus de la surface du sol:
    - a) sauf en tant que passager à bord d'un vol commercial d'une compagnie aérienne à horaire régulier; ou
    - b) être utilisé pour l'épandage, pulvériser ou ensemercer, lutter contre le feu, patrouiller la circulation, l'inspection des pipelines ou des lignes électriques, la photographie aérienne ou l'exploration, les courses, les tests d'endurance, les vols acrobatiques; ou
    - c) opérant vers ou depuis des sites d'atterrissage en mer; ou

- d) utilisé pour une opération nécessitant un permis spécial de la Direction de l'aviation civile de Transports Canada, même si ce dernier est accordé (cela ne s'applique pas si le permis n'est requis que pour survoler un territoire ou pour un besoin d'atterrissage);
- (i) une infection, quelle qu'elle soit, peu importe la façon dont elle a été contractée, à l'exception d'infections bactériennes causées directement par le botulisme, l'intoxication alimentaire ou une coupure ou une blessure accidentelles indépendantes et en l'absence de toute autre maladie, affection ou condition sous-jacentes, y compris mais sans s'y limiter, le diabète;
- (j) une blessure subie par vous ou vos personnes à charge admissibles assurées pendant que vous êtes au service actif à plein temps des forces armées ou des forces de réserve organisées d'un pays ou d'une autorité internationale quelconques. (Sur demande du Titulaire de police, la Compagnie remboursera toute prime non acquise se rapportant à une période pendant laquelle vous ou vos personnes à charge admissibles assurées êtes en service actif à temps plein);
- (k) une blessure subie par vous ou vos personnes à charge admissibles assurées pendant que vous êtes sous l'effet de substances intoxicantes et que vous conduisez un véhicule ou tout autre moyen de transport ou de déplacement et que le taux d'alcoolémie soit de plus de 80 milligrammes par 100 millilitres de sang;
- (l) une blessure subie par vous ou vos personnes à charge admissibles assurées pendant que vous êtes sous l'effet de drogues ou de substances désignées, selon la définition figurant dans la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (Canada) à moins que leur prise soit strictement conforme aux conseils et à l'ordonnance d'un médecin autorisé;
- (m) la perpétration ou toute tentative de perpétration d'un acte par vous ou vos personnes à charge admissibles assurées ou une blessure subie par vous ou vos personnes à charge admissibles assurées durant la perpétration ou toute tentative de perpétration d'un tel acte qui, s'il fait l'objet d'un jugement du tribunal, serait un acte illégal aux termes des lois de la juridiction où l'acte a été commis;
- (n) un acte, toute tentative de perpétrer un acte, ou une omission commise par vous ou vos personnes à charge admissibles assurées, ou un acte, toute tentative de perpétrer un acte ou une omission commise avec votre consentement ou celui vos personnes à charge admissibles assurées dans le but d'interrompre le flux sanguin vers le cerveau ou de causer l'asphyxie, qu'il y ait ou non intention de nuire; et
- (o) les causes naturelles.

### **Limite globale par accident**

Le montant maximal que paiera la Compagnie pour deux employés assurés ou plus qui subissent une blessure par suite d'un seul accident est le montant correspondant à la limite globale par accident indiqué dans la police. Si les prestations totales que la Compagnie aurait à payer dépassent la limite globale par accident, chaque employé assuré recevra sa part proportionnelle du montant de la limite globale par accident versée par la Compagnie.

### **Date d'entrée en vigueur**

Votre assurance entre en vigueur la date à laquelle vous répondez à la définition d'un « employé assuré ».

### **Date de résiliation**

L'assurance prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date de résiliation de la police,
- 2) la date d'échéance de la prime en cas de non-paiement d'une prime échue,
- 3) la date à laquelle vous ne répondez plus à la définition d'un « employé assuré » ou
- 4) le premier jour du mois suivant la date à laquelle vous ne faites plus partie d'une catégorie d'employés admissibles comme il est indiqué dans la police.

La présente brochure ne fait que décrire brièvement la couverture offerte. Les renseignements complets sur les garanties sont contenus dans la police, y compris les dispositions relatives aux limitations, aux exclusions et à la résiliation. En cas d'incompatibilité entre le présent document et la police, la police prévaut. L'assurance est émise par la Compagnie d'Assurance AIG du Canada.

Dans le présent document, l'emploi générique du masculin englobe le féminin.

Imprimé en octobre 2021

**Assurance décès et mutilation par accident facultative**  
**Titulaire de la police : ABBVIE CORPORATION**  
**Numéro de police : PAI 9138195**

**Pourquoi avez-vous besoin d'une assurance individuelle en cas d'accident?**

Une blessure grave ou un décès par suite d'un accident peut avoir d'énormes conséquences financières même dans le cas d'une famille à deux revenus. Vos ressources financières pourraient être insuffisantes pour défrayer le coût des soins dont vous ou un être cher avez besoin. Sans une source de revenu fiable, il pourrait vous être impossible de faire vos versements hypothécaires, d'acquitter les frais d'étude collégiale ou d'épargner pour la retraite.

Votre employeur vous offre maintenant l'occasion de tirer parti d'un pouvoir d'achat collectif pour souscrire une assurance individuelle en cas d'accident, simple et économique, émise par la Compagnie d'Assurance AIG du Canada, pour vous protéger ainsi que vos personnes à charge admissibles. La police prévoit une prestation globale pour alléger le fardeau financier et assurer que les besoins de votre famille sont satisfaits, si vous ou vos personnes à charge admissibles perdez la vie, ou des « prestations du vivant », dans le cas où un accident couvert entraîne une paralysie, la perte ou la perte de l'usage d'un membre, de la vue, de la parole ou de l'ouïe.

**Mode de fonctionnement**

Vous choisissez votre Capital assuré équivalent à un montant minimum de 10 000 \$ et d'un maximum de 650 000 \$ par tranche de 10 000 \$.

Si vous optez pour la couverture familiale, vous pouvez sélectionner un montant pour votre conjoint équivalent à un montant d'un minimum de 10 000 \$ et d'un maximum de 500 000 \$ par tranche de 10 000 \$. Vous pouvez également sélectionner un montant pour vos enfants à charge équivalent à un montant d'un minimum de 5 000 \$ et d'un maximum de 25 000 \$ par tranche de 5 000 \$.

**Adhésion facile**

Vous êtes admissible à l'adhésion au régime si vous êtes un employé permanent ou temporaire du Titulaire de police. Pour inclure les membres à charge de votre famille, choisissez l'option du régime familial.

Pour en savoir plus sur cette offre de protection avantageuse ou pour faire une demande d'adhésion, contactez votre service des Ressources humaines dès aujourd'hui.

**Voici ce que vous obtenez**

**Couverture d'assurance-accidents étendue** - Votre régime prévoit de généreuses prestations en cas de décès ou de mutilation par accident à la suite de blessures subies dans des accidents couverts.

**Acceptation garantie** - L'assurance est accordée sans égard à vos antécédents médicaux.

**Protection dans le monde entier, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7** - Votre assurance vous couvre 24 heures sur 24, au travail, à la maison ou durant vos loisirs, partout dans le monde.

**Faible coût** — Grâce au pouvoir d'achat collectif, vous pouvez souscrire l'assurance à des taux réduits, bien moindres que ceux d'une police individuelle.

**Retenues salariales pratiques** — Pour vous faciliter les choses, les primes d'assurance sont retenues automatiquement sur votre salaire.

**Définitions**

Par « **Personne assurée** », on entend vous, si vous êtes un employé permanent ou temporaire du Titulaire de police âgé de moins de 70 ans, et si vous avez choisi le régime familial, on entend également votre conjoint et vos enfants à charge, aussi appelés personnes à charge admissibles.

**Personnes à charge admissibles :**

Par « **Conjoint** », on entend une personne âgée de moins de 70 ans, qui est légalement mariée à vous ou, en l'absence d'une telle personne, une personne qui sans être légalement mariée à vous, cohabite avec vous depuis au moins un an et est représentée en public comme votre partenaire domestique dans la communauté où vous vivez.

Par « **Enfant à charge** », on entend un enfant de sang, un enfant adopté ou un enfant né d'une autre union du conjoint ou un enfant pour qui vous tenez le rôle de parent et qui (i) est âgé de moins de 23 ans, est célibataire et dépend de vous pour son soutien et sa subsistance et qui n'exerce pas d'emploi rémunéré de plus de 25 heures par semaine ou qui (ii) est âgé de moins de 26 ans, est célibataire, fréquente un établissement d'enseignement postsecondaire, dépend de vous pour son



soutien et sa subsistance et n'exerce pas d'emploi rémunéré de plus de 25 heures par semaine ou qui (iii) en raison d'infirmité mentale ou physique, est incapable d'exercer un emploi lui permettant de subvenir à ses besoins et est considéré comme votre enfant à charge au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada).

### Désignation de bénéficiaire

Si vous décédez par accident, la prestation sera versée au bénéficiaire que vous avez désigné par écrit dans le cadre de la police d'assurance vie standard de votre employeur. En l'absence d'une désignation par écrit, la prestation sera versée à votre succession. En cas de décès de vos personnes à charge assurées, le montant payable vous est versé.

Toutes les autres prestations vous seront versées.

### Prestations et garanties

#### Décès, mutilation, paralysie et perte de l'usage par accident

Si une perte couverte survient dans les 365 jours suivant la date de l'accident couvert qui en est la cause, le régime prévoit le versement d'une somme forfaitaire correspondant au pourcentage du Capital assuré indiqué dans le Tableau des pertes suivant :

#### Tableau des pertes

Perte de la vie .....	Le Capital assuré
Perte des deux mains ou des deux pieds .....	Le Capital assuré
Perte de la vue complète des deux yeux .....	Le Capital assuré
Perte d'une main et d'un pied .....	Le Capital assuré
Perte d'une main et de la vue complète d'un œil.....	Le Capital assuré
Perte d'un pied et de la vue complète d'un œil.....	Le Capital assuré
Perte d'un bras ou d'une jambe .....	Quatre cinquièmes du Capital assuré
Perte d'une main ou d'un pied .....	Trois quarts du Capital assuré
Perte de la vue complète d'un œil .....	Trois quarts du Capital assuré
Perte du pouce et de l'index de la même main.....	Un tiers du Capital assuré
Perte de la parole et de l'ouïe .....	Le Capital assuré
Perte de la parole ou de l'ouïe .....	Trois quarts du Capital assuré
Perte de l'ouïe d'une oreille.....	Deux tiers du Capital assuré
Perte de quatre doigts d'une main .....	Un tiers du Capital assuré
Perte de tous les orteils d'un pied .....	Un quart du Capital assuré

#### Perte de l'usage

Perte de l'usage des deux bras ou des deux mains .....	Le Capital assuré
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied .....	Trois quarts du Capital assuré
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe.....	Quatre cinquièmes du Capital assuré

#### Paralysie

Quadriplégie (paralysie totale des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs).....	Deux fois le Capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars
Paraplégie (paralysie totale des deux membres inférieurs) .....	Deux fois le Capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars
Hémiplégie (paralysie totale d'un membre supérieur et d'un membre inférieur du même côté du corps) .....	Deux fois le Capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars

Si vous subissez plus d'une perte par suite d'un même accident, une seule prestation sera versée, soit la plus élevée.

Par « Perte », on entend les définitions suivantes : par « Quadriplégie », « Paraplégie » et « Hémiplégie », on entend la paralysie complète et irréversible des membres du corps visés; par « Main » ou « Pied », on entend le sectionnement total à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, mais en dessous de l'articulation du coude ou du genou; par « Bras » ou « Jambe », on entend le sectionnement total à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus; par « Pouce ou Index », on entend le sectionnement total à la première phalange ou au-dessus; par « Doigts », on entend le sectionnement total à la première phalange, ou au-dessus, des quatre Doigts d'une Main; par « Orteil », on entend le sectionnement total de deux phalanges de tous les Orteils d'un Pied; par « la Vue complète d'un œil », on entend la Perte totale et irrémédiable de la vue de façon à ce que l'acuité visuelle corrigée de cet œil soit égale ou inférieure à 20/200; par « la Vue complète des deux yeux », on entend la Perte totale et irréversible de la vue des deux yeux de façon à ce que l'acuité visuelle corrigée des deux yeux soit inférieure ou égale à 20/200 et que le champ visuel soit inférieur à 20 degrés dans les deux yeux. Un

ophtalmologue qualifié doit confirmer cliniquement le diagnostic par écrit; par « l'Ouïe d'une oreille », on entend le diagnostic de Perte permanente de l'Ouïe d'une oreille, le seuil auditif excédant 90 décibels. Un oto-laryngologiste qualifié doit confirmer un tel diagnostic par écrit; par « l'Ouïe », on entend le diagnostic de la Perte permanente de l'Ouïe des deux oreilles, le seuil auditif excédant 90 décibels dans chaque oreille. Un oto-laryngologiste qualifié doit confirmer le diagnostic par écrit; par « Perte de la parole », on entend la Perte totale et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles; et par « Perte de l'usage », on entend la Perte totale et irrémédiable de l'usage; cette Perte doit être continue pendant 12 mois consécutifs à la fin desquels elle doit être déclarée permanente. Par « Perte », utilisée dans les présentes, on entend aussi la « Perte de la vie ».

### **Prestation pour réadaptation**

Remboursement de vos frais de formation professionnelle, jusqu'à concurrence de 15 000 \$, si ces frais sont engagés dans les deux années suivant l'accident à l'origine d'une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime.

### **Prestation pour aménagement de la résidence ou d'un véhicule**

Versement d'une prestation allant jusqu'à 15 000 \$ pour la modification de votre résidence ou de votre véhicule, si vous ou vos personnes à charge admissibles assurées subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime et laquelle vous oblige à utiliser un fauteuil roulant pour vous déplacer.

### **Prestation pour modification et adaptation de l'espace de travail**

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 000 \$ à votre employeur, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime et laquelle exige l'utilisation d'un équipement spécial adapté ou la modification de l'espace de travail afin de vous permettre un retour au travail à plein temps auprès du Titulaire de police.

### **Prestation pour thérapie psychologique**

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 000 \$, si vous ou vos personnes à charge admissibles assurées subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime et laquelle entraîne le besoin d'une thérapie psychologique dans les deux années qui suivent cette blessure.

### **Prestation pour hospitalisation**

Versement d'une prestation de (i) 1 % du Capital assuré jusqu'à concurrence de 2 500 \$ par mois pour une période d'hospitalisation de plus de 30 nuits ou (ii) 1/30 du montant déterminé conformément à l'alinéa (i) par période d'hospitalisation de plus de 5 nuits mais de moins de 30, si vous ou vos personnes à charge admissibles assurées subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime et laquelle entraîne votre hospitalisation pour une période maximale de douze mois.

**Frais pour transport de la famille** Versement d'une prestation allant jusqu'à 15 000 \$ à l'égard des frais engagés pour le transport d'un membre de la famille immédiate pour se rendre à l'hôpital où vous ou vos personnes à charge admissibles assurées êtes hospitalisés, à plus de 100 kilomètres de votre résidence, à la suite d'une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu du régime.

### **Prestation de rapatriement**

Versement d'une prestation allant jusqu'à 15 000 \$ pour couvrir les frais engagés pour le retour du corps à la ville de résidence, si vous ou vos personnes à charge admissibles assurées êtes victimes de décès par accident couvert survenant à au moins 50 kilomètres de votre résidence.

### **Prestation pour identification du corps**

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 000 \$ pour le transport d'un membre de la famille immédiate qui se rend identifier le corps, si vous ou vos personnes à charge admissibles assurées êtes victimes de décès par accident couvert survenant à au moins 150 kilomètres de votre résidence et si un organisme d'exécution de la loi exige une telle identification.

### **Prestation pour port de la ceinture de sécurité**

Versement d'une prestation additionnelle équivalant à 10 % du Capital assuré, jusqu'à concurrence de 50 000 \$, si vous ou vos personne à charge admissibles assurées êtes victimes de décès par accident couvert alors que vous vous trouvez à bord d'un véhicule de tourisme en tant que conducteur ou passagers et que votre ceinture de sécurité est proprement bouclée au moment de l'accident.

### **Prestation pour frais de garderie**

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 % du Capital assuré, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année, pour les frais de garderie afférents à chaque enfant à charge de moins de 13 ans qui est inscrit dans une garderie au moment où vous ou votre conjoint assuré êtes victimes de décès par accident couvert ou le devenez dans les 90 jours suivants. La prestation est payable jusqu'à concurrence de quatre années consécutives.

### **Prestation pour études d'un enfant à charge**

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 % du Capital assuré, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année scolaire, pour les frais de scolarité de chaque enfant à charge qui est inscrit au niveau d'études postsecondaires, si vous ou votre conjoint assuré êtes victimes de décès par accident couvert. La prestation est payable jusqu'à concurrence de quatre années consécutives.

### **Prestation pour études du conjoint**

Versement d'une prestation allant jusqu'à 15 000 \$ visant les frais engagés par votre conjoint pour suivre un programme de formation professionnelle ou de cours de métier dans le but d'obtenir une source indépendante de revenu, si vous êtes victime d'un décès par accident couvert et si ces frais sont engagés dans une période de 30 mois suivant votre décès.

### **Prestation pour frais funéraires**

Versement d'une prestation allant jusqu'à 5 000 \$ pour rembourser les frais funéraires dans le cas où vous ou vos personnes à charge admissibles assurées êtes victimes de décès par accident couvert.

### **Prestations pour les personnes en deuil**

Versement d'une prestation allant jusqu'à 1 000 \$, si la couverture individuelle a été choisie, ou jusqu'à 2 000 \$, si la couverture familiale a été choisie, dans le cas où, à la suite d'un décès par accident couvert, vous ou vos personnes à charge admissibles ont besoin de counseling dans l'année qui suit l'accident.

### **Prestation suite à un assaut criminel**

Versement d'un montant additionnel correspondant à 10 % du Capital assuré, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez des prestations en vertu du régime, à la suite d'un acte délictueux grave délibéré d'une autre personne dirigé contre vous en tant qu'employé du Titulaire de police, à l'exception d'un acte commis par un collègue ou un membre de votre famille ou de votre ménage.

### **Prestation en cas de maladie grave (à l'exclusion du cancer)**

Versement d'un montant additionnel correspondant à 10 % du Capital assuré, jusqu'à concurrence de 5 000 \$, si un diagnostic de maladies graves couvertes suivantes est posé à votre endroit :

- Brûlures profondes (troisième degré)
- Sclérose en plaques
- Fasciite nécrosante
- Maladie de Parkinson
- Défaillance d'un organe majeur nécessitant une greffe
- Maladie de motoneurone
- Greffe d'un organe majeur

Veuillez consulter la police pour connaître les exigences particulières visant le diagnostic. Vous devez être hospitalisé pendant au moins 48 heures par suite de la maladie grave, rester en vie pendant au moins 30 jours après la date du diagnostic et être âgé de moins de 65 ans au moment du diagnostic. La prestation est versée une seule fois, même si vous êtes diagnostiqué comme ayant plus d'une maladie grave couverte.

### **Prestation en cas de coma**

Versement d'une prestation mensuelle équivalant à 1 % de la différence entre le Capital assuré et tout autre montant payable en vertu du régime relativement à une blessure, pendant une période maximale de 100 mois.

### **Prestation en cas de brûlure**

Versement d'un pourcentage du Capital assuré, jusqu'à concurrence de 25 000 \$, si vous ou vos personnes à charge admissibles assurées subissez une brûlure au troisième degré.

### **Exonération des primes**

Exemption du paiement des primes en vertu du régime si vous recevez des prestations d'invalidité en vertu de la police d'assurance-vie collective du Titulaire de police.

### **Maintien de la couverture**

Votre couverture sera maintenue en vigueur pendant une période maximale de 12 mois au cours d'un licenciement temporaire, d'un congé d'invalidité de courte durée, d'une absence autorisée ou d'un congé de maternité, sous réserve du paiement de la prime.

## Prolongation de l'assurance familiale

Si vous décédez, l'assurance de votre conjoint assuré et(ou) de vos enfants à charge assurés peut être prolongée pour une période maximale de 6 mois, sous réserve du paiement de la prime.

## Droit de transformation

Si vous quittez votre emploi pour quelque raison que ce soit, vous avez 90 jours pour transformer votre assurance en vertu du régime en une police d'assurance individuelle qui prévoit une couverture comparable et un montant d'assurance qui ne doit pas dépasser le Capital assuré, selon les taux alors en vigueur pour les polices d'assurance individuelles.

## Exclusions

Le régime ne couvre aucune perte causée ou entraînée en tout ou en partie par ce qui suit :

- (a) le suicide commis ou toute tentative de suicide commise par vous ou vos personnes à charge admissibles assurées, si vous êtes sains d'esprit;
- (b) des blessures que vous ou vos personnes à charge admissibles assurées vous infligez intentionnellement ou toute tentative en ce sens, que vous soyez sains d'esprit ou non;
- (c) la guerre, déclarée ou non, ou tout acte de guerre;
- (d) une maladie, une affection ou une infirmité corporelle, directement ou indirectement, à l'origine de la perte ou de la demande de règlement;
- (e) une incapacité mentale, directement ou indirectement, à l'origine de la perte ou de la demande de règlement;
- (f) une blessure subie pendant que vous ou vos personnes à charge admissibles assurées recevez un traitement médical ou chirurgical pour soigner une maladie, une affection ou une infirmité corporelle ou mentale;
- (g) un accident ou un événement vasculaire cérébral, un accident ou un événement cardiovasculaire, un infarctus du myocarde ou une crise cardiaque, une thrombose coronaire, un anévrisme;
- (h)
  - (i) un voyage ou un vol à bord d'un appareil (y compris à l'embarquement ou au débarquement et en y montant ou en descendant) utilisé pour la navigation aérienne, si l'Employé assuré :
    - a) voyage en tant que passager à bord d'un aéronef non destiné au transport de passagers ou ne détenant pas de permis à cet effet; ou
    - b) exécute, apprend à exécuter ou enseigne à exécuter des manœuvres en tant que pilote ou membre de l'équipage de tout aéronef; ou
    - c) voyage en tant que passager à bord d'un aéronef privé, loué ou vol d'affrètement.
  - (ii) un voyage ou un vol (y compris à l'embarquement ou au débarquement et en y montant ou en descendant) de tout aéronef ou de tout engin conçu pour voler, planer ou se mouvoir en altitude au-dessus de la surface du sol:
    - a) sauf en tant que passager à bord d'un vol commercial d'une compagnie aérienne à horaire régulier; ou
    - b) être utilisé pour l'épandage, pulvériser ou ensemercer, lutter contre le feu, patrouiller la circulation, l'inspection des pipelines ou des lignes électriques, la photographie aérienne ou l'exploration, les courses, les tests d'endurance, les vols acrobatiques; ou
    - c) opérant vers ou depuis des sites d'atterrissage en mer; ou
    - d) utilisé pour une opération nécessitant un permis spécial de la Direction de l'aviation civile de Transports Canada, même si ce dernier est accordé (cela ne s'applique pas si le permis n'est requis que pour survoler un territoire ou pour un besoin d'atterrissage);
- (i) une infection, quelle qu'elle soit, peu importe la façon dont elle a été contractée, à l'exception d'infections bactériennes causées directement par le botulisme, l'intoxication alimentaire ou une coupure ou une blessure accidentelles indépendantes et en l'absence de toute autre maladie, affection ou condition sous-jacentes, y compris mais sans s'y limiter, le diabète;
- (j) une blessure subie par vous ou vos personnes à charge admissibles assurées pendant que vous êtes au service actif à plein temps des forces armées ou des forces de réserve organisées d'un pays ou d'une autorité internationale quelconques. (Sur demande du Titulaire de police, la Compagnie remboursera toute prime non acquise se rapportant à une période pendant laquelle vous ou vos personnes à charge admissibles assurées êtes en service actif à temps plein);
- (k) une blessure subie par vous ou vos personnes à charge admissibles assurées pendant que vous êtes sous l'effet de substances intoxicantes et que vous conduisez un véhicule ou tout autre moyen de transport ou de déplacement et que le taux d'alcoolémie soit de plus de 80 milligrammes par 100 millilitres de sang;
- (l) une blessure subie par vous ou vos personnes à charge admissibles assurées pendant que vous êtes sous l'effet de drogues ou de substances désignées, selon la définition figurant dans la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (Canada) à moins que leur prise soit strictement conforme aux conseils et à l'ordonnance d'un médecin autorisé;
- (m) la perpétration ou toute tentative de perpétration d'un acte par vous ou vos personnes à charge admissibles assurées ou une blessure subie par vous ou vos personnes à charge admissibles assurées durant la

perpétration ou toute tentative de perpétration d'un tel acte qui, s'il fait l'objet d'un jugement du tribunal, serait un acte illégal aux termes des lois de la juridiction où l'acte a été commis;

- (n) un acte, toute tentative de perpétrer un acte, ou une omission commise par vous ou vos personnes à charge admissibles assurées, ou un acte, toute tentative de perpétrer un acte ou une omission commise avec votre consentement ou celui vos personnes à charge admissibles assurées dans le but d'interrompre le flux sanguin vers le cerveau ou de causer l'asphyxie, qu'il y ait ou non intention de nuire; et
- (o) les causes naturelles.

### **Limite globale par accident**

Le montant maximal que paiera la Compagnie pour deux personnes assurées ou plus qui subissent une blessure par suite d'un seul accident est le montant correspondant à la limite globale par accident indiqué dans la police. Si les prestations totales que la Compagnie aurait à payer dépassent la limite globale par accident, chaque personne assurée recevra sa part proportionnelle du montant de la limite globale par accident versée par la Compagnie.

### **Date d'entrée en vigueur**

L'assurance d'un employé assuré, d'un conjoint ou d'un enfant à charge entre en vigueur à la dernière des dates suivantes : 1) la date d'effet de la police, 2) le premier jour du mois qui suit la date de réception de votre demande d'adhésion dûment remplie à votre service des Ressources humaines ou 3) la date à laquelle la personne visée répond à la définition d'un « employé assuré », d'un « conjoint » ou d'un « enfant à charge ».

### **Date de résiliation**

L'assurance d'un employé assuré, d'un conjoint ou d'un enfant à charge prend fin à la première des dates suivantes :

1) la date de résiliation de la police, 2) la date d'échéance de la prime en cas de non-paiement d'une prime échue, 3) la date à laquelle la personne visée ne répond plus à la définition d'un « employé assuré », d'un « conjoint » ou d'un « enfant à charge » ou 4) le premier jour du mois suivant la date à laquelle l'employé assuré ne fait plus partie d'une catégorie d'employés admissibles comme il est indiqué dans la police.

La présente brochure ne fait que décrire brièvement la couverture offerte. Les renseignements complets sur les garanties sont contenus dans la police, y compris les dispositions relatives aux limitations, aux exclusions et à la résiliation. En cas d'incompatibilité entre le présent document et la police, la police prévaut. L'assurance est émise par la Compagnie d'Assurance AIG du Canada.

Dans le présent document, l'emploi générique du masculin englobe le féminin.

Imprimé en octobre 2021