

V O S Garanties



BROCHURE D'EXPLICATION



Bonjour!



CROIX BLEUE^{MC}
MEDAVIE

LES ENTREPRISES ROLLAND INC.

RÉGIME FLEX

Groupe 91334-A

Employés de bureau syndiqués de l'Usine St-Jérôme

TABLE DES MATIÈRES

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	1
SOMMAIRE DES GARANTIES.....	3
DÉFINITIONS	16
DATE D'EFFET DE LA COUVERTURE INITIALE ET DE TOUTE MODIFICATION ULTÉRIEURE	18
PARTICIPATION	19
PROTECTION TEMPORAIRE ET PROTECTION PAR DÉFAUT.....	19
PREUVES D'ASSURABILITÉ	20
MODIFICATION DES PROTECTIONS DURANT LA PÉRIODE D'ADHÉSION.....	20
FIN DE LA COUVERTURE.....	22
ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT	23
ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE.....	26
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT.....	27
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE	29
ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE.....	30
ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE.....	33
ASSURANCE MÉDICAMENTS	38
ASSURANCE ACCIDENT/MALADIE	41
ASSURANCE VOYAGE	52
ASSURANCE SOINS DENTAIRES	60
COMPTE-SANTÉ.....	69
COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT	71
COORDINATION DES PRESTATIONS	74
LIMITATION DES PRESTATIONS	74

ANNEXE – PROGRAMME D'ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE
DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS –SOUSCRIT PAR
SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE INC.

novembre 2016

91334A – Régime Flex
Employés de bureau syndiqués de l'Usine St-Jérôme

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

La présente brochure vise à vous donner une description du régime flex d'assurance collective offert par le preneur du contrat, **Les Entreprises Rolland inc.**, 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 protections du Régime de soins médicaux offerts 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 protections du Régime de soins médicaux offerts, 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.

Ce programme est un régime flexible offrant des options dans la plupart des garanties. Pour une confirmation des protections que vous avez choisies et de leur date d'entrée en vigueur, veuillez vous référer à votre carte d'identification.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Admissibilité de l'employé:	Pour être admissible aux garanties prévues au contrat, un employé doit travailler activement* pour l'employeur mentionné ci-dessous :
Employeur	Usine St-Jérôme
Catégorie	Employés de bureau syndiqués
	Un employé actif devient admissible à la protection à l'expiration du délai d'admission.
	Toutes les demandes d'adhésion d'employés doivent être complétées et soumises à l'assureur dans les 61 jours du début de la période d'admissibilité.
Délai d'admission:	Selon la convention collective
Résiliation des garanties:	Les garanties prévues au présent contrat prennent fin à la première des dates suivantes : celle de la retraite, de la cessation d'emploi ou l'âge mentionné dans chaque garantie, s'il y a lieu.

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

Assurance vie de base de l'adhérent – Option 1

Montant de la prestation sans preuve d'assurabilité	1 fois le salaire annuel arrondi au 1 000 \$ supérieur
Maximum sans preuve d'assurabilité	630 000 \$
Maximum avec preuve d'assurabilité	1 500 000 \$

Assurance vie de base de l'adhérent – Option 2

Montant de la prestation sans preuve d'assurabilité	2 fois le salaire annuel arrondi au 1 000 \$ supérieur
Maximum sans preuve d'assurabilité	630 000 \$
Maximum avec preuve d'assurabilité	1 500 000 \$

Assurance vie de base de l'adhérent – Option 3

Montant de la prestation sans preuve d'assurabilité	3 fois le salaire annuel arrondi au 1 000 \$ supérieur
Maximum sans preuve d'assurabilité	630 000 \$
Maximum avec preuve d'assurabilité	1 500 000 \$

Assurance vie de base des personnes à charge

- **Conjoint**
 - **Montant de la prestation sans preuve d'assurabilité** 10 000 \$
 - **Fin de la protection** Le 1^{er} janvier qui suit le 70^e anniversaire de naissance du conjoint si celui-ci ne coïncide pas avec le premier jour de l'année
 - **Enfants à charge**
 - **Montant de la prestation sans preuve d'assurabilité** 10 000 \$
 - **Fin de la protection** La date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 70 ans
-

Vous devez avoir choisi **l'option la plus généreuse** offerte en assurance vie de base pour pouvoir souscrire à l'assurance vie facultative.

Assurance vie facultative de l'adhérent

Montant de la prestation	Tranches de 10 000 \$
➤ Maximum spécifique avec preuve d'assurabilité	500 000 \$
➤ Maximum global incluant l'assurance vie de base	1 500 000 \$
Fin de la protection	Le 1 ^{er} janvier qui suit le 70 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent si celui-ci ne coïncide pas avec le premier jour de l'année

Assurance vie facultative du conjoint

Montant de la prestation	Tranches de 5 000 \$
➤ Maximum avec preuve d'assurabilité	250 000 \$
Fin de la protection	Le 1 ^{er} janvier qui suit le 70 ^e anniversaire de naissance du conjoint si celui-ci ne coïncide pas avec le premier jour de l'année

Assurance vie facultative des enfants à charge

Montant de la prestation	Tranches de 2 500 \$
➤ Maximum avec preuve d'assurabilité	25 000 \$
Fin de la protection	La date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 70 ans

Assurance invalidité de courte durée – Option 1

Montant de la prestation	70 % du salaire hebdomadaire, arrondi au dollar supérieur
• Maximum avec/sans preuve d'assurabilité	3 460 \$
<u>Délai de carence :</u>	
➤ hospitalisation	Aucun
➤ accident	Aucun
➤ maladie	3 jours de calendrier
Intégration à l'assurance-emploi (C.A.E.C.)	non
Durée maximale	26 semaines
Statut fiscal des prestations	imposable
Fin de la protection	à l'âge de 70 ans

Assurance invalidité de courte durée – Option 2

Montant de la prestation	65 % du premier 575 \$ de salaire hebdomadaire, plus 45 % de l'excédent, arrondi au dollar supérieur
• Maximum avec/sans preuve d'assurabilité	3 460 \$
<u>Délai de carence :</u>	
➤ hospitalisation	Aucun
➤ accident	Aucun
➤ maladie	3 jours de calendrier
Intégration à l'assurance-emploi (C.A.E.C.)	non
Durée maximale	26 semaines
Statut fiscal des prestations	Non imposable
Fin de la protection	à l'âge de 70 ans

Assurance invalidité de longue durée – Option 1

Montant d'assurance	66,67 % du salaire mensuel, arrondi au dollar supérieur
• Maximum sans preuve d'assurabilité	9 000 \$ par mois (avant l'indexation)
• Maximum avec preuve d'assurabilité	15 000 \$ par mois (avant l'indexation)
Délai de carence	26 semaines de prestations d'invalidité de courte durée
Durée maximale des prestations	jusqu'à l'âge de 65 ans
Définition d'invalidité	
➤ propre occupation	premiers 24 mois suivant le délai de carence
➤ toute occupation	par la suite
Statut fiscal des prestations	imposable
Indexation	IPC, maximum 3 %
Fin de la garantie	à l'âge de 65 ans

Assurance invalidité de longue durée – Option 2

Montant d'assurance	60 % du premier 2 500 \$ de salaire mensuel, plus 45 % de l'excédent, arrondi au dollar supérieur
• Maximum sans preuve d'assurabilité	9 000 \$ par mois (avant l'indexation)
• Maximum avec preuve d'assurabilité	15 000 \$ par mois (avant l'indexation)
Délai de carence	26 semaines de prestations d'invalidité de courte durée
Durée maximale des prestations	jusqu'à l'âge de 65 ans
Définition d'invalidité	
➤ propre occupation	premiers 24 mois suivant le délai de carence
➤ toute occupation	par la suite
Statut fiscal des prestations	non imposable
Indexation	IPC, maximum 3 %
Fin de la garantie	à l'âge de 65 ans

RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX

Assurance médicaments – Option 1

Sans objet

Assurance accident/maladie – Option 1

Sans objet

Assurance voyage – Option 1

Sans objet

RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX (suite)

Assurance médicaments – Option 2

Franchise	825 \$ par famille, par année civile
Pourcentage de remboursement *	100 %
Mode de remboursement	Carte à paiement direct
Liste	Régulière
Prestations aux survivants	30 jours, sans paiement de primes

* L'assureur rembourse le coût du médicament générique dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, quel que soit le médicament qui a été prescrit.

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

L'assureur applique la clause de substitution même si le médecin indique que le médicament prescrit ne peut être substitué.

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

Assurance accident/maladie – Option 2

Pourcentage de remboursement	Hôpital et Patients dirigés : 100 %, sans franchise
-------------------------------------	--

Frais d'hospitalisation	
➤ court séjour	semi-privée, durée illimitée
➤ convalescence ou chronique	semi-privée, 90 jours par invalidité
Frais médicaux et paramédicaux	Non couverts
Patients dirigés hors Canada	500 000 \$ à vie
Prestations aux survivants	30 jours, sans paiement de primes

RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX (suite)

Assurance médicaments – Option 3

Franchise	Aucune
Pourcentage de remboursement *	Remboursement à 80 % des premiers 2 500 \$ de frais admissibles encourus par famille, durant l'année de régime et 100 % par la suite
Liste	Régulière
Mode de remboursement	Carte à paiement direct
Prestations aux survivants	30 jours, sans paiement de primes

-
- * L'assureur rembourse le coût du médicament générique dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, quel que soit le médicament qui a été prescrit.
L'assuré peut se procurer un médicament de coût plus élevé et alors payer la différence de coût.
L'assureur applique la clause de substitution même si le médecin indique que le médicament prescrit ne peut être substitué.
Si l'assuré ne tolère pas le médicament générique dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, l'assureur peut accepter de rembourser le coût d'un autre médicament interchangeable, sur une base de cas par cas, par le biais du processus de l'autorisation spéciale.

RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX (suite)

Assurance accident/maladie – Option 3

Pourcentage de remboursement	Hôpital et Patients dirigés : 100 %, sans franchise
	Tous les autres frais : 80 %, sans franchise

- **Frais d'hospitalisation**
 - **court séjour** semi-privée, durée illimitée
 - **convalescence ou chronique** semi-privée, 90 jours par invalidité

 - **Frais médicaux et paramédicaux**
 - **Ambulance** Illimité
 - **Soins infirmiers privés** maximum de 10 000 \$ par assuré, par année civile
 - **Services paramédicaux**
 - **audiologiste, chiropraticien, ergothérapeute, orthophoniste, physiothérapeute, podiatre, psychologue et travailleur social** Maximum de 400 \$ pour l'ensemble des professionnels
 - **acupuncteur, massothérapeute, naturopathe, orthothérapeute et ostéopathe** Maximum de 100 \$ pour l'ensemble des professionnels
 - **Autres frais médicaux admissibles** Voir le texte de la garantie pour la liste complète

 - **Patients dirigés hors Canada** 500 000 \$ à vie

 - Prestations aux survivants** 30 jours, sans paiement de primes
-

RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX (suite)

Assurance médicaments – Option 4

Franchise	Aucune
Pourcentage de remboursement *	Remboursement à 90 % des premiers 5 000 \$ de frais admissibles encourus par famille, durant l'année de régime et 100 % par la suite
Liste	Régulière
Mode de remboursement	Carte à paiement direct
Prestations aux survivants	30 jours, sans paiement de primes

-
- * L'assureur rembourse le coût du médicament générique dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, quel que soit le médicament qui a été prescrit.
L'assuré peut se procurer un médicament de coût plus élevé et alors payer la différence de coût.
L'assureur applique la clause de substitution même si le médecin indique que le médicament prescrit ne peut être substitué.
Si l'assuré ne tolère pas le médicament générique dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, l'assureur peut accepter de rembourser le coût d'un autre médicament interchangeable, sur une base de cas par cas, par le biais du processus de l'autorisation spéciale.

RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX (suite)

Assurance accident/maladie – Option 4

Pourcentage de remboursement	Hôpital et Patients dirigés : 100 %, sans franchise
	Tous les autres frais : 90 %, sans franchise

- **Frais d'hospitalisation**
 - **court séjour** semi-privée, durée illimitée
 - **convalescence ou chronique** semi-privée, 90 jours par invalidité

 - **Frais médicaux et paramédicaux**
 - **Ambulance** Illimité
 - **Soins infirmiers privés** maximum de 10 000 \$ par assuré, par année civile
 - **Services paramédicaux**
 - **audiologiste, chiropraticien, ergothérapeute, orthophoniste, physiothérapeute, podiatre, psychologue et travailleur social** Maximum de 800 \$ pour l'ensemble des professionnels
 - **acupuncteur, massothérapeute, naturopathe, orthothérapeute et ostéopathe** Maximum de 200 \$ pour l'ensemble des professionnels
 - **Autres frais médicaux admissibles** Voir le texte de la garantie pour la liste complète

 - **Patients dirigés hors Canada** 500 000 \$ à vie

 - Prestations aux survivants** 30 jours, sans paiement de primes
-

RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX (suite)

L'OPTION 2, L'OPTION 3 ET L'OPTION 4 DU RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX 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 \$

Assurance annulation et interruption de voyage

3 000 \$ par sinistre, par assuré

Prestations aux survivants

30 jours, sans paiement de primes

Fin de la protection

à l'âge de 70 ans

Assurance soins dentaires – Option 1

Sans objet

Assurance soins dentaires – Option 2

Pourcentage de remboursement – Diagnostic, prévention et services de base : 80 %
 – Endodontie / parodontie : 80 %
 – Restauration majeure : 50 %

Franchise Aucune

Maximum

➤ **Tous les services combinés** 1 500 \$ par année de civile, par assuré

Guide des tarifs Éditions de l'année précédente

Assurance soins dentaires – Option 3

Pourcentage de remboursement – Diagnostic, prévention et services de base : 100 %
 – Endodontie / parodontie : 80 %
 – Restauration majeure : 50 %
 – Orthodontie : 50 %

Franchise Aucune

Maximum

- **Diagnostic, prévention et services de base, endodontie / parodontie et restauration majeure** Maximum combiné de 2 000 \$ par année civile, par assuré
- **Orthodontie pour enfants à charge uniquement** 2 000 \$ viager

Guide des tarifs Éditions de l'année précédente

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 programme ou année de régime désigne la période sur laquelle sont fondés les coûts et la plupart des maximums pour les régimes de soins médicaux et dentaires. Cette période s'étend sur l'année civile, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Assuré désigne l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge assurées en vertu du contrat.

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 au service de l'employeur à titre permanent et qui fait partie d'une catégorie d'adhérents mentionnée au Sommaire des garanties.

Employeur désigne le preneur ou l'un des employeurs mentionnés au Sommaire des garanties.

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

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 ou unie civilement à un adhérent ou la personne désignée par l'adhérent comme sont conjoint et avec qui il cohabite en permanence depuis au moins 12 mois, la période précitée n'étant pas applicable si un enfant (biologique ou adoptif) est issu de l'union. Le conjoint est celui désigné sur la demande d'adhésion.

Une union de fait signifie la cohabitation continue et la représentation publique du lien matrimonial.

Si l'adhérent a eu plusieurs conjoints, le terme conjoint désigne uniquement le conjoint actuel de l'adhérent, s'il répond aux critères susmentionnés. En tout temps, une seule personne peut être assurée en tant que conjoint de l'adhérent.

L'admissibilité du conjoint prend fin immédiatement en cas de divorce ou après une séparation d'au moins 90 jours dans le cas d'une union de fait. À noter que toute rupture de moins de 90 jours n'interrompt pas la période de 12 mois de cohabitation.

▪ **enfant à charge**

tout enfant naturel ou adoptif de l'adhérent ou du conjoint de l'adhérent et les enfants dont l'adhérent a la garde légale. Il doit être célibataire, dépendre de l'adhérent pour son soutien financier et remplir 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 accrédité;
- est domicilié chez l'adhérent et est devenu invalide de façon totale et permanent alors qu'il était considéré comme une personne à charge tel que stipulé ci-dessus.

En ce qui concerne la GARANTIE D'ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES ENFANTS À CHARGE, l'enfant doit être âgé d'au moins 24 heures.

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

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

Couverture de l'adhérent

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

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

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

Couverture du conjoint admissible

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

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

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

Couverture des enfants à charge

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

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

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

De plus, dans le cas de l'assurance vie facultative des enfants à charge, 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 facultative des enfants à charge pour laquelle l'enfant doit être âgé de 24 heures).

PARTICIPATION

La participation à la protection de base en ASSURANCE VIE, en ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE, en ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (option 1 ou option 2) et au RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX est obligatoire.

Un droit d'exemption peut cependant être accordé pour le RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX, si vous bénéficiez de la protection d'un autre régime collectif de soins médicaux offrant une protection au moins équivalente à l'option 2 du *Régime Flex*. Des preuves à l'appui sont alors requises.

La participation à la GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES et au COMPTE-SANTÉ est facultative.

PROTECTION TEMPORAIRE ET PROTECTION PAR DÉFAUT

Le nouvel employé bénéficie de la protection temporaire décrite ci-dessous, à compter de la date de son admissibilité. Il dispose de 61 jours pour effectuer ses choix. Sa protection temporaire est alors remplacée par les protections choisies.

Cependant, si aucun choix d'option n'est effectué dans les 61 jours qui suivent la date à laquelle l'employé devient admissible, la protection temporaire sera remplacée par la protection par défaut et elle restera en vigueur jusqu'à la prochaine période d'adhésion annuelle ou jusqu'à ce qu'un changement survienne dans sa situation familiale :

Garantie	Protection temporaire
Assurance vie :	Option 2
Assurance vie des personnes à charge	Incluse
Assurance invalidité de courte durée	Option 1
Assurance invalidité de longue durée :	Option 1
Régime de soins médicaux :	Option 3, protection individuelle
Assurance soins dentaires :	Option 2, protection individuelle
Compte-santé	

Garantie	Protection par défaut
Assurance vie :	Option 1
Assurance invalidité de courte durée	Option 1
Assurance invalidité de longue durée :	Option 1
Régime de soins médicaux :	Option 3, protection individuelle
Assurance soins dentaires :	Option 2, protection individuelle
Compte-santé	

PREUVES D'ASSURABILITÉ

Vous devez fournir une preuve d'assurabilité pour adhérer à la protection d'assurance vie facultative lorsque votre montant combiné d'assurance vie de base et d'assurance vie facultative excède le maximum sans preuve d'assurabilité spécifié au Sommaire des garanties ou pour tout montant d'assurance vie facultative pour votre conjoint.

En ce qui concerne la Garantie d'assurance invalidité de longue durée, une preuve d'assurabilité doit être soumise lorsque votre couverture dépasse le maximum sans preuve d'assurabilité spécifié au Sommaire des garanties.

Toutefois, si vous aviez choisi de ne pas vous assurer en vertu de la Garantie d'assurance invalidité de longue durée au moment où vous y êtes devenu admissible et que vous voulez y adhérer à une date ultérieure, aucun montant ne vous sera accordé sans la présentation d'une preuve d'assurabilité à l'assureur.

MODIFICATION DES PROTECTIONS DURANT LA PÉRIODE D'ADHÉSION

Une fois par année, pendant la période d'adhérent annuelle, vous pouvez (si non invalide) modifier vos choix, sous réserve des restrictions qui peuvent s'appliquer.

Vous serez autorisé à augmenter ou diminuer vos protections, mais d'un seul niveau à la fois. Pour augmenter les montants d'assurance vie facultative, des preuves d'assurabilité doivent être soumises.

Si vous choisissez l'option 4 en RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX ou l'option 3 en ASSURANCE SOINS DENTAIREs, vous devez conserver cette option jusqu'à la fin l'année du programme suivant l'année de l'entrée en vigueur de la protection.

Les protections pourront être modifiées comme suit :

Garantie	Options en vigueur	Options demandées
Assurance vie	Option 1	Option 2
	Option 2	Option 1 ou option 3
	Option 3	Option 2
Assurance invalidité de courte durée	Option 1	Option 2
	Option 2	Option 1
Assurance invalidité de longue durée	Option 1	Option 2
	Option 2	Option 1

Régime de soins médicaux	Option 1	Option 2
	Option 2	Option 1 ou option 3
	Option 3	Option 2 ou option 4
	Option 4	Option 3
Assurance soins dentaires	Option 1	Option 2
	Option 2	Option 1 ou option 3
	Option 3	Option 2

Exception : Vous pouvez effectuer un changement dans vos options entre 2 périodes d'adhésion, sans aucune des restrictions mentionnées ci-dessus, selon les délais énumérés ci-après.

Événement admissible	Délai pour effectuer les modifications
<ul style="list-style-type: none"> • mariage ou admissibilité du conjoint de fait, 	15 jours avant l'événement et jusqu'à 31 jours suivant l'événement
<ul style="list-style-type: none"> • naissance ou adoption du premier enfant 	31 jours suivant l'événement
<ul style="list-style-type: none"> • séparation ou divorce 	31 jours suivant l'événement
<ul style="list-style-type: none"> • décès du conjoint ou du dernier enfant à charge 	31 jours suivant l'événement
<ul style="list-style-type: none"> • le dernier enfant à charge cesse d'être admissible ou un des enfants de plus de 21 ans (mais de moins de 26 ans) retourne aux études à temps plein alors qu'il n'y avait plus d'enfants admissibles 	15 jours avant l'événement et jusqu'à 31 jours suivant l'événement
<ul style="list-style-type: none"> • l'adhérent perd ou gagne, de façon involontaire, accès à la protection du régime du conjoint 	15 jours avant l'événement et jusqu'à 31 jours suivant l'événement

Une fois le délai écoulé, 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 le Régime de soins médicaux 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 actif.

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;
- la date de cessation d'emploi;
- 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.

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.

L'assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité de telle désignation ou d'un tel changement de bénéficiaire.

Advenant le cas qu'un bénéficiaire désigné décède avant l'adhérent, ce dernier devra désigner un nouveau bénéficiaire.

Si l'adhérent décède et qu'un bénéficiaire n'a pas été désigné par écrit, la prestation au décès sera versée à la succession de l'adhérent.

Lorsque deux bénéficiaires ou plus ont été désignés (autre qu'un bénéficiaire subrogé), et que la répartition de la prestation de décès n'a pas été précisée, la prestation sera alors payable à parts égales aux bénéficiaires.

Si le bénéficiaire prédécède l'adhérent et que ce dernier n'a pas indiqué la part de la prestation de décès du bénéficiaire décédé, la part du bénéficiaire décédé est payable :

- au bénéficiaire survivant;
- aux bénéficiaires survivants en parts égales, s'il y a plus d'un bénéficiaire survivant; ou,
- au représentant successoral de l'adhérent, s'il n'y a pas de bénéficiaire survivant.

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

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

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

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

Montant d'assurance vie qui peut être transformé

1. Si vous résidez au Québec

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

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

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

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

2. Si vous résidez hors Québec

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

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

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

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

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

ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE

OBJET DE LA GARANTIE

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

PREUVES D'ASSURABILITÉ

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

EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE

Les dispositions de la GARANTIE D'ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT concernant l'exonération des primes en cas d'invalidité totale s'appliquent également à la GARANTIE D'ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE en vigueur au moment de l'invalidité.

DROIT DE TRANSFORMATION

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

FIN DE LA PROTECTION

- La protection d'assurance vie de base des personnes à charge prend fin, à l'égard des enfants à charge assurées, lorsque vous atteignez 70 ans.
- La protection d'assurance vie de base des personnes à charge prend fin, à l'égard du conjoint, le 1^{er} janvier qui suit le 70^e anniversaire de naissance du conjoint si celui-ci ne coïncide pas avec le premier jour de l'année.

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 facultative que vous avez souscrit conformément au Sommaire des garanties et tel qu'indiqué sur votre carte d'identification.

PREUVES D'ASSURABILITÉ

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

EXCLUSION

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

BÉNÉFICIAIRE

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

L'assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité de telle désignation ou d'un tel changement de bénéficiaire.

Advenant le cas qu'un bénéficiaire désigné décède avant l'adhérent, ce dernier devra désigner un nouveau bénéficiaire.

Si l'adhérent décède et qu'un bénéficiaire n'a pas été désigné par écrit, la prestation au décès sera versée à la succession de l'adhérent.

Lorsque deux bénéficiaires ou plus ont été désignés (autre qu'un bénéficiaire subrogé), et que la répartition de la prestation de décès n'a pas été précisée, la prestation sera alors payable à parts égales aux bénéficiaires.

Si le bénéficiaire prédécède l'adhérent et que ce dernier n'a pas indiqué la part de la prestation de décès du bénéficiaire décédé, la part du bénéficiaire décédé est payable :

- au bénéficiaire survivant;
- aux bénéficiaires survivants en parts égales, s'il y a plus d'un bénéficiaire survivant; ou,
- au représentant successoral de l'adhérent, s'il n'y a pas de bénéficiaire survivant.

EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE

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

DROIT DE TRANSFORMATION

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

FIN DE LA PROTECTION

La protection d'assurance vie facultative prend fin lorsque vous atteignez l'âge de 70 ans si celui-ci ne coïncide pas avec le premier jour de l'année.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE

OBJET DE LA GARANTIE

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

PREUVES D'ASSURABILITÉ

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

EXCLUSION

Si une personne 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'elle ait été saine 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 DE BASE concernant l'exonération des primes en cas d'invalidité totale s'appliquent également à la GARANTIE D'ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE en vigueur au moment de l'invalidité.

DROIT DE TRANSFORMATION

Les personnes à charge peuvent exercer ce droit de transformation aux mêmes conditions que celles applicables en vertu de la GARANTIE D'ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE.

FIN DE LA PROTECTION

- La protection d'assurance vie facultative des personnes à charge prend fin, à l'égard des enfants à charge assurées, lorsque vous atteignez 70 ans.
- La protection d'assurance vie facultative des personnes à charge prend fin, à l'égard du conjoint, le 1^{er} janvier qui suit le 70^e anniversaire de naissance du conjoint si celui-ci ne coïncide pas avec le premier jour de l'année.

OBJET DE LA GARANTIE

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

DÉFINITIONS COMPLÉMENTAIRES

Invalidité totale désigne tout état d'incapacité, résultant d'un accident ou d'une maladie, exigeant des soins médicaux continus d'un médecin dès le début de l'invalidité et qui empêche absolument l'adhérent d'accomplir toutes et chacune des fonctions principales qu'il accomplissait dans son emploi régulier.

Une invalidité totale débutant plus de 30 jours après un accident est considérée comme résultant d'une maladie.

Délai de carence désigne la période constituée par les premières journées consécutives d'une invalidité totale pour lesquelles aucune prestation en vertu de la présente garantie n'est payable.

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

Le délai de carence en jours de calendrier est mentionné au Sommaire des garanties.

Période maximale désigne le nombre maximal de semaines durant lesquelles les prestations sont payables.

Hospitalisation désigne l'admission et le séjour dans un hôpital comme patient alité. La chirurgie d'un jour est considérée comme une hospitalisation aux fins de cette garantie.

Chirurgie d'un jour désigne une chirurgie effectuée dans une unité de soins ambulatoires ou une unité de chirurgie d'un jour d'un hôpital et nécessitant une anesthésie générale ou locale.

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ

Après le délai de carence, toutes les périodes successives d'invalidité totale séparées par moins de 2 semaines consécutives de travail sont considérées comme une seule et même période d'invalidité, à moins que la nouvelle invalidité ne soit due à un accident ou à une maladie entièrement différente et ne commence qu'après votre retour au travail.

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

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

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

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

- d'une Commission des accidents de travail;
- de tout régime provincial d'assurance automobile qui ne prend pas en compte les prestations versées par la Commission de l'assurance-emploi dans le versement de ses indemnités;
- de tout montant payable à l'adhérent en raison de la même invalidité ou d'une invalidité subséquente en vertu du Régime des rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada;
- de tout autre régime d'avantages sociaux offert par votre employeur, à l'exception d'un programme temporaire complémentaire si le montant incluant la prestation d'invalidité n'excède pas 100 % du revenu que l'adhérent touchait avant son invalidité.

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

- la période durant laquelle vous êtes en vacances;
- la période durant laquelle vous recevez ou avez le droit de recevoir une rémunération de votre employeur;
- la période pour laquelle vous recevez des prestations de maternité en vertu d'une loi provinciale ou fédérale;
- le congé de maternité ou parental pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou à une entente avec votre employeur;
- la période de mise à pied temporaire, de congé autorisé, de suspension disciplinaire sans solde ou d'emprisonnement.

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

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

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

Par contre, si l'invalidité survient au cours d'un congé de maternité, d'un congé parental ou d'un retrait préventif au cours duquel la garantie est demeurée en vigueur et les primes d'assurance salaire de courte durée ont été versées à l'assureur, le délai de carence débutera le premier jour de l'invalidité, mais les prestations ne seront versées qu'à l'expiration de ce délai de carence et qu'à la date prévue de retour au travail, tel que mentionné par écrit à l'assureur avant le début de l'absence.

PERTE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Votre droit de recevoir des prestations sera révoqué en cas :

- de refus de vous soumettre à un examen médical demandé par l'assureur;
- d'incapacité de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de la persistance de l'invalidité; ou
- de l'occupation d'un emploi rémunérateur (sauf un programme de réadaptation); ou
- de refus de participer à un programme de réadaptation qui vous est approprié.

FIN DE LA PROTECTION

La protection d'assurance invalidité de courte durée prend fin lorsque vous atteignez l'âge de 70 ans.

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

OBJET DE LA GARANTIE

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

DÉFINITIONS COMPLÉMENTAIRES

Délai de carence

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

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

Invalidité totale

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

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

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

EXONÉRATION DES PRIMES

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

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ

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

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

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

PROGRAMME DE RÉADAPTATION

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

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

Si, à cause de votre invalidité, vous êtes incapable de compléter votre programme de réadaptation, vos prestations seront ramenées au montant que vous receviez avant le début du programme de réadaptation.

INDEXATION

Référez-vous au Sommaire des garanties pour savoir si votre rente est indexée.

Au premier janvier de chaque année, les prestations alors versées pour une invalidité totale en cours à cette date et ayant persisté plus de 12 mois depuis l'expiration du délai de carence sont indexées selon IPC (indice des prix à la consommation maximal d'indexation de 3 % par année.

EXCLUSIONS

1. Réduction directe

Vos prestations mensuelles sont réduites d'un montant égal aux prestations auxquelles vous êtes admissible pour vous-même (et non pour vos enfants), en vertu :

- du Régime des rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada;
- de toute commission des accidents de travail;
- de toute loi sur l'assurance automobile;
- de la Loi sur l'assurance-emploi du Canada;
- ainsi que de toute autre loi fédérale ou provinciale.

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

2. Réduction indirecte (coordination des prestations)

- Dans le cas où la prestation versée par l'assureur n'est pas imposable, elle ne peut excéder 85 % du salaire mensuel net en vigueur à la date à laquelle l'invalidité a débuté.
- De plus, si la somme des prestations mensuelles payables par l'assureur (après réduction directe, s'il y a lieu, en vertu de l'alinéa 1 qui précède) et des montants suivants :
 - revenu provenant d'un régime d'avantages sociaux établi par l'employeur, à l'exception d'un programme temporaire complémentaire si le montant incluant la prestation d'invalidité n'excède pas 100 % du revenu que vous touchiez avant votre invalidité;
 - revenu provenant d'un régime en vertu duquel vous êtes assuré comme membre d'une association;
 - revenu provenant d'un régime d'avantages sociaux établi conformément à toute loi provinciale ou fédérale, y compris les sources de revenus mentionnées à l'alinéa 1) (à l'exclusion de toute augmentation subséquente de tels revenus provenant de l'indexation);
 - toute rente de retraite provenant de quelque source que ce soit;

excède **85 %** de votre salaire mensuel net (ou brut si votre prestation d'invalidité est imposable) avant le début de l'invalidité, les prestations mensuelles payables en vertu de la présente garantie sont réduites de façon à ce que ce pourcentage ne soit pas dépassé.

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

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

3. Alcoolisme et toxicomanie

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

4. Exclusions

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

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

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

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

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

- de refus de se soumettre à un examen médical demandé par l'assureur;
- de refus de participer à un programme médical ou de réadaptation que l'assureur et votre médecin traitant jugent raisonnable et approprié;
- de refus de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de la persistance de l'invalidité;

- d'occupation d'un emploi rémunérateur, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation;
- de déménagement hors du Canada, sauf lorsque l'assureur a été avisé par écrit et a donné son accord préalable; ou
- lorsque votre invalidité ne répond plus à la définition donnée dans le présent document.

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

FIN DE LA PROTECTION

La protection d'assurance invalidité de longue durée prend fin lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans.

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 civile.

Veillez-vous référer au Sommaire des garanties pour connaître le montant de la franchise, s'il y a lieu, applicable à chacune des options.

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 ou de produits achetés au Canada et dispensés par un pharmacien (ou par un médecin ou un dentiste autorisé, dans une localité où il n'y a pas de pharmacien), qui ne peuvent s'obtenir que sur l'ordonnance écrite d'un médecin, d'un dentiste ou d'un podiatre, qui sont utilisés en cas de grossesse, de maladie ou d'accident et dont la quantité ne dépasse pas une provision de 100 jours.

Le médicament ou produit 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 pour les traitements de fertilité sont limités à une prestation maximale viagère de 3 000 \$* par assuré (pour l'option 3 et 4 : combiné avec les traitements de fertilité décrits dans la section Assurance accident/maladie qui suit).
* lorsque le maximum viager est atteint à l'égard d'un assuré, les médicaments contre la stérilité qui font partie de la liste de la RAMQ continuent d'être admissibles en vertu de la présente garantie.

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 15 \$ par visite);
- certains médicaments nécessaires à la survie de l'assuré ou au traitement d'une maladie chronique clairement diagnostiquée, principalement dans les cas de troubles cardiaques, troubles pulmonaires, diabète, arthrite, maladie de Parkinson, épilepsie, fibrose kystique et glaucome. Une demande de règlement peut alors être soumise avec, à l'appui, une ordonnance et une déclaration écrite du médecin indiquant le diagnostic et la période pour laquelle les médicaments sont prescrits;
- les produits anti-tabagiques, jusqu'à concurrence du montant admissible en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments (RAMQ), par assuré, par année civile.

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 contraceptifs (autres qu'oraux);
- les protéines ou suppléments diététiques, les acides aminés;
- les préparations alimentaires pour nourrissons;
- les produits de toilette, y compris les savons et les émoullients;
- les substances adoucissantes et protectrices pour la peau;
- les minéraux;
- les produits homéopathiques;
- les stimulants pour la pousse des cheveux;
- les stéroïdes anabolisants;
- les hormones de croissance;
- les médicaments et les injections reliés à des traitements amaigrissants;
- les médicaments administrés à des fins expérimentales ou à usage restreint, qu'ils soient approuvés ou non ou encore utilisés à des fins esthétiques ou préventives;
- les médicaments ou les formes de médicaments visant essentiellement à améliorer la qualité de la vie et n'ayant pas d'indication thérapeutique;
- médicaments servant à traiter les troubles de la fonction érectile ainsi que tous les stimulants sexuels;
- les vaccins;
- 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.

PROLONGATION DE LA GARANTIE

Lors de la fin de votre assurance par suite de votre cessation d'emploi ou de votre décès alors que ce contrat est en vigueur, l'assureur prolonge la présente garantie sans paiements des primes, vous (ou l'une de vos personnes à charge assurées) qui est totalement invalide lors de la fin de l'assurance, jusqu'à la première des éventualités suivantes :

- vous (ou l'une de vos personnes à charge) se rétablit, ou
- il s'est écoulé 90 jours depuis votre cessation d'emploi ou votre décès, ou
- vous (ou l'une de vos personnes à charge) commence à être couvert par un autre régime de soins médicaux.

« **Totalement invalide** » signifie que vous ne pouvez exercer aucune activité lucrative. Dans le cas d'une personne à charge, cela signifie qu'elle ne peut exercer aucune fonction habituelle d'une personne en bonne santé, du même âge et du même sexe.

PRESTATIONS AUX SURVIVANTS

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

- 30 jours 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 ACCIDENT/MALADIE

Cette assurance couvre les frais admissibles engagés pour vous ou pour vos personnes à charge à la suite d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident, sous réserve de la franchise et du pourcentage de remboursement applicables à chacune des trois protections, conformément au Sommaire des garanties.

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

FRANCHISE

La franchise est la partie des frais qui doit être payée avant que l'assureur ne commence à rembourser les frais admissibles en vertu du contrat. La franchise ne s'applique qu'une fois par année de civile.

Veillez-vous référer au Sommaire des garanties pour connaître le montant de la franchise, s'il y a lieu, 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

OPTION 2

1. Frais d'hospitalisation

Ces frais ne sont soumis ni à la franchise, ni au pourcentage de remboursement.

Chaque assuré a droit aux prestations d'hospitalisation dans la mesure prévue par la Loi sur l'assurance-hospitalisation et par les règlements prescrits en vertu de cette Loi.

a) Prestations d'hospitalisation

Les frais d'hospitalisation exigés par un hôpital général public pour le compte 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, tant ce dernier a droit à des soins assurés, qui dépassent le tarif quotidien prévu par le régime provincial d'assurance-maladie pour hospitalisation en salle commune, jusqu'à concurrence d'une chambre semi-privée.

b) Prestations pour convalescence et réadaptation physique

Les prestations prévues pour les cas de convalescence et pour réadaptation physique sont limitées à une période maximale de 90 jours par invalidité, tant que l'assuré a droit à des soins assurés et jusqu'à concurrence du montant que l'hôpital est en droit de se faire payer directement par le patient en règlement des frais de séjour en chambre semi-privée.

De plus, ces prestations ne sont accordées que si l'assuré est admis moins de 14 jours après avoir obtenu son congé d'un hôpital où il recevait des soins actifs et où il avait été admis ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de son assurance.

2. PATIENTS DIRIGÉS HORS CANADA

Objet de la garantie

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

Particularités

- Le remboursement maximal viager par assuré est de 500 000 \$.
- Le pourcentage de remboursement est de 100 %.
- Il n'y a aucune franchise à satisfaire pour la présente couverture.

Frais admissibles

- **Services hospitaliers**

Les frais hospitaliers reliés à des services médicalement requis, tels que :

- Chambre d'hôpital
- Soins intensifs
- Soins infirmiers
- Salles d'opération et salles de réveil
- Services diagnostiques, incluant les frais de laboratoires et les radiographies
- Oxygène et sang
- Médicaments sur ordonnance, incluant les solutions intraveineuses
- Physiothérapie.

- **Médecins et chirurgiens**

Les honoraires de médecins et de chirurgiens.

- **Services ambulanciers**

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

- **Accompagnateur dans l'ambulance**

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

Exclusions et restrictions spécifiques

- La référence hors Canada doit être justifiée sur le plan médical et ne doit pas porter sur des services disponibles au Canada, tels que déterminés par l'assureur;
- L'autorisation préalable de l'assureur doit avoir été obtenue;
- Les frais admissibles sont les frais usuels, coutumiers et raisonnables qui s'appliquent dans la région où les services sont rendus;
- Tous les services doivent être rendus dans le cadre d'un traitement actif rendu par un médecin;
- Aucune prestation n'est payable pour le traitement d'une maladie ayant débuté dans les 12 mois de la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur à l'égard de l'assuré et pour laquelle ce dernier a reçu un traitement médical ou pour laquelle des médicaments lui ont été prescrits dans les 12 mois précédant la date d'entrée en vigueur de cette assurance;

- Les services fournis à l'extérieur du Canada ne doivent pas être à titre expérimental ou pour fins de recherche.
- La présente garantie exclut les soins non disponibles en raison de listes d'attentes ou de traitements refusés par un médecin au Canada.
- Pour être admissibles, les frais décrits ci-dessus doivent être en partie remboursables par la Régie de l'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré.

OPTIONS 3 et 4

1. Frais d'hospitalisation

Ces frais ne sont soumis ni à la franchise, ni au pourcentage de remboursement.

Chaque assuré a droit aux prestations d'hospitalisation dans la mesure prévue par la Loi sur l'assurance-hospitalisation et par les règlements prescrits en vertu de cette Loi.

- **Prestations d'hospitalisation**

Les frais d'hospitalisation exigés par un hôpital général public pour le compte 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, tant ce dernier a droit à des soins assurés, qui dépassent le tarif quotidien prévu par le régime provincial d'assurance-maladie pour hospitalisation en salle commune, jusqu'à concurrence d'une chambre semi-privée.

- **Prestations pour convalescence et réadaptation physique**

Les prestations prévues pour les cas de convalescence et pour réadaptation physique sont limitées à une période maximale de 90 jours par invalidité, tant que l'assuré a droit à des soins assurés et jusqu'à concurrence du montant que l'hôpital est en droit de se faire payer directement par le patient en règlement des frais de séjour en chambre semi-privée.

2. Frais médicaux et paramédicaux

Les frais suivants sont soumis à la franchise et au pourcentage de remboursement.

- **Service ambulancier**

Les frais de transport en ambulance, incluant le transport aérien ou le transport ferroviaire dans la province de résidence de l'assuré, lorsque, pour des raisons que l'assureur juge fondées, il faut effectuer le transport d'une personne assurée en direction ou en provenance du plus proche hôpital qui peut lui donner les soins d'urgence dont elle a besoin.

- **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 civile.

- **Tests diagnostiques**
Les frais de tests diagnostiques, lorsqu'ils sont jugés nécessaires pour le traitement d'une maladie ou à la suite d'un accident ou pour des fins de dépistage, sous réserve des remboursements maximums spécifiés ci-après :
 - Les frais d'analyses de laboratoire sous réserve d'un remboursement maximal de 250 \$ par année civile.
 - Les frais d'électrocardiogrammes.
 - Les frais de rayons X (excluant les scans).
 - Les frais de tomographies par ordinateur (CT Scan), sous réserve d'une tomographie par année civile.
 - Les frais d'échographies passées dans un bureau privé (les échographies de routine pour une grossesse sans complication sont exclues).
 - Les frais d'imagerie par résonance magnétique, sous réserve d'un examen d'imagerie médicale par année civile.

- **Traitements de fertilité**
Frais pour tout traitement de fertilité sous réserve d'une prestation maximale viagère de 3 000 \$* par assuré (combiné avec les médicaments de fertilité décrits dans la section Assurance médicaments qui précède).

* lorsque le maximum viager est atteint à l'égard d'un assuré, les médicaments contre la stérilité qui font partie de la liste de la RAMQ continuent d'être admissibles en vertu de la présente garantie.

- **Autres frais médicaux**
 - les traitements au radium ou aux rayons X;
 - les frais de sang, plasma sanguin et transfusions;
 - les frais d'achat de plâtres, appareils orthopédiques sur mesure, attelles, attelles à armatures rigides, bas pour moignons, bricoles anglaises, minerves, appareils de tractions et colliers cervicaux;
 - les frais de location (ou d'achat au choix de l'assureur) de cannes, béquilles et déambulateurs;

- 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, de barrières de lit, d'un trapèze ou d'un respirateur;
 - avec l'approbation préalable de l'assureur, l'oxygène et la location d'appareils en vue de son administration;
 - les frais de bas de soutien, sous réserve d'un remboursement maximum de 200 \$ par assuré, par année civile;
 - l'achat d'un réflectomètre ou d'un glucomètre, sous réserve d'un remboursement maximum global de 300 \$ par période de 60 mois consécutifs;
 - l'achat de fournitures reliées à la colostomie et l'iléostomie ainsi que l'achat de bâtonnets réactifs destinés au contrôle du diabète;
 - cathéters;
 - fournitures nécessaires au traitement de l'énurésie;
 - vêtements de soutien « Jobst » pour le traitement de brûlures;
 - manches « Jobst » pour le traitement de lymphoedème par suite d'une mastectomie;
 - les frais de location (ou d'achat au choix de l'assureur) de respirateurs à pression positive intermittente, d'instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire, d'appareils d'aérosolthérapie, de tentes à brouillard, de nébuliseurs, de nécessaires au traitement de la fibrose kystique, de l'emphysème aigu, de la bronchite chronique ou de l'asthme chronique;
 - les frais de location (ou d'achat au choix de l'assureur) de neurostimulateurs percutanés, de neurostimulateurs implantés, de stimulateurs de consolidation de fractures et de stimulateurs cardiaque;
 - les frais pour pompes à insuline, sous réserve d'une pompe par période de 5 années civiles.
- **Stérilet**
Les frais d'achat d'un stérilet par période de 24 mois consécutifs, sous réserve d'un remboursement maximal de 75 \$.
 - **Prothèses**
 - l'achat de yeux artificiels, y compris leur réparation;
 - l'achat de prothèses orthopédiques, y compris leur réparation et leur remplacement;
 - l'achat de prothèses mammaires (incluant les soutiens-gorge), lorsqu'elles sont requises à la suite d'une mastectomie totale ou radicale, sous réserve d'un remboursement maximum global de 250 \$ par année civile.
 - les frais d'achat et de réparation de prothèses auditives (excluant les piles), sous réserve d'un remboursement maximum global de 700 \$ par période de 36 mois consécutifs.

- l'achat de prothèses capillaires requises par suite d'une chimiothérapie, sous réserve d'un remboursement maximal viager de 500 \$.

- **Soins dentaires**

Les services d'un dentiste requis pour la réparation et le remplacement de dents naturelles saines par suite d'un coup accidentel reçu sur la bouche pendant que la personne est assurée en vertu de la présente garantie, et non en raison de l'introduction volontaire ou involontaire d'un objet dans sa bouche. Ces soins dentaires doivent commencer dans les 90 jours suivant la date de ces dommages corporels ou un plan de traitement détaillé que l'assureur juge satisfaisant doit être présenté à celui-ci dans le même délai. Aucun remboursement n'est accordé pour des soins reçus plus de deux ans après la date de l'accident.

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

- **Services paramédicaux**

- Les services d'un acupuncteur, d'un audiologiste, d'un chiropraticien, d'un ergothérapeute, d'un massothérapeute, d'un naturopathe, d'un orthophoniste, d'un orthothérapeute, d'un ostéopathe, d'un physiothérapeute (ou technicien en réadaptation physique), d'un podiatre, d'un psychologue clinicien et d'un travailleur social, jusqu'à concurrence du remboursement maximum par année civile spécifié au Sommaire des garanties.
- Les frais de radiographies prises par un chiropraticien, sous réserve d'une radiographie par assuré par année civile.
- Les frais de traitement au laser pour cesser de fumer, sous réserve d'un traitement à vie.
- Les services de puvathérapie par un dermatologue, pour le traitement du psoriasis.

- **Chaussures orthopédiques**

L'achat de chaussures orthopédiques et modifications ou additions à des chaussures préfabriquées à des fins orthopédiques, sous réserve d'un remboursement maximum global de 200 \$ par assuré, par année civile. L'achat doit être effectué auprès d'un fournisseur reconnu d'appareils orthopédiques

L'achat d'orthèses podiatriques, sous réserve d'un remboursement maximum global de 300 \$ par assuré, par année civile. L'achat doit être effectué auprès d'un fournisseur reconnu d'appareils orthopédiques.

3. PATIENTS DIRIGÉS HORS CANADA

Objet de la garantie

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

Particularités

- Le remboursement maximal viager par assuré est de 500 000 \$.
- Le pourcentage de remboursement est de 100 %.
- Il n'y a aucune franchise à satisfaire pour la présente couverture.

Frais admissibles

- **Services hospitaliers**

Les frais hospitaliers reliés à des services médicalement requis, tels que :

- Chambre d'hôpital
- Soins intensifs
- Soins infirmiers
- Salles d'opération et salles de réveil
- Services diagnostiques, incluant les frais de laboratoires et les radiographies
- Oxygène et sang
- Médicaments sur ordonnance, incluant les solutions intraveineuses
- Physiothérapie.

- **Médecins et chirurgiens**

Les honoraires de médecins et de chirurgiens.

- **Services ambulanciers**

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

- **Accompagnateur dans l'ambulance**

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

Exclusions et restrictions spécifiques

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

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;
- les triples tests;
- les frais reliés aux différentes méthodes de contraception (sauf les stérilets);
- les traitements ou prothèses à des fins esthétiques;
- les cures de désintoxication;
- échographies de routine pour une grossesse sans complication;
- 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;
- les services de diététiques et d'homéopathie;
- les services d'un psychothérapeute;
- les visites chez le médecin et les chirurgies (genou, hanche, cataracte) effectués en clinique privée;
- les examens de la vue, les lunettes et les verres de contact;
- les lombostats, les prothèses myoélectriques et les chaussures profondes;
- tous frais, services, articles ou produits n'apparaissant pas à l'article FRAIS ADMISSIBLES de la présente garantie;
- les soins dispensés par une personne qui réside habituellement chez l'assuré ou qui est unie à l'assuré par les liens du sang ou du mariage;
- tous frais qui n'auraient pas été exigés si l'assuré n'avait pas eu d'assurance en vertu de la présente garantie;
- les frais pour tous soins, traitements, services ou produits autres que ceux qui sont déclarés nécessaires au traitement de la blessure ou de la maladie par les autorités compétentes;
- tous frais engagés hors de la province de résidence de l'assuré;
- 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.
- frais remboursables en vertu de l'Assurance médicaments ou de l'Assurance voyage faisant partie du RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX du contrat.

PROLONGATION DE LA GARANTIE

Lors de la fin de votre assurance par suite de votre cessation d'emploi ou de votre décès alors que ce contrat est en vigueur, l'assureur prolonge la présente garantie sans paiements des primes, vous (ou l'une de vos personnes à charge assurées) qui est totalement invalide lors de la fin de l'assurance, jusqu'à la première des éventualités suivantes :

- vous (ou l'une de vos personnes à charge) se rétablit, ou
- il s'est écoulé 90 jours depuis votre cessation d'emploi ou votre décès, ou
- vous (ou l'une de vos personnes à charge) commence à être couvert par un autre régime de soins médicaux.

« **Totalement invalide** » signifie que vous ne pouvez exercer aucune activité lucrative. Dans le cas d'une personne à charge, cela signifie qu'elle ne peut exercer aucune fonction habituelle d'une personne en bonne santé, du même âge et du même sexe.

PRESTATIONS AUX SURVIVANTS

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

- 30 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

L'assurance voyage comprend deux sections :

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

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.

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.

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**, 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.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTION DE LA GARANTIE

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, shampooings, 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.

FIN DE LA PROTECTION

La protection d'assurance voyage prend fin lorsque vous atteignez l'âge de 70 ans.

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 :

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

LIGNES CANASSISTANCE

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

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

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

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

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

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

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

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

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

CALCUL DES FRAIS ADMISSIBLES

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

ÉVALUATION PRÉALABLE DES PRESTATIONS

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

FRAIS ADMISSIBLES

OPTIONS 2 et 3

Diagnostic

- Examens complets et de rappel (1 examen tous les 6 mois)
- Examens non remboursables par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) : enfants de moins de 10 ans (1 examen tous les 12 mois)
- Examen d'urgence ou d'un aspect particulier
- Examens parodontaux complets (1 examen tous les 60 mois)
- Radiographies intra-orales et extra-orales
- Interprétation de radiographies provenant d'une autre source
- Tests et examens de laboratoire
 - cultures bactériologiques
 - tests de susceptibilité à la carie
 - biopsies de tissu mou et dur
 - tests cytologiques
- Photographies diagnostiques
- Consultations à la demande d'un autre dentiste

PRÉVENTION

- Détartrage parodontal supragingival et subgingival (1 fois tous les 6 mois)
- Polissage (1 fois tous les 6 mois)
- Application de fluorure (1 fois tous les 6 mois)
- Programme de contrôle de la plaque dentaire
- Finition des obturations
- Scellants de puits et de fissures sur molaires permanentes et prémolaires (enfants de moins de 15 ans)
- Protecteurs buccaux
- Application d'agent antimicrobien
- Meulage interproximal des dents
- Améloplastie

SERVICES DE BASE

- Restaurations en amalgame ou en composite (sur toutes les dents), y compris tenons
- Facettes
- Ablation de dents et de racines :
 - ablation de dents ayant fait éruption
 - ablation de dents incluses
 - ablation de racines résiduelles
 - exposition chirurgicale d'une dent
 - déplacement chirurgical d'une dent
 - énucléation
- Correction et remodelage de tissus buccaux :
 - alvéolectomie
 - alvéoloplastie
 - stomatoplastie
 - ostéoplastie
 - tubéroplastie
 - ablation de tissu hyperplasique
 - ablation de surplus de muqueuse
 - reconstruction du procès alvéolaire
 - extension des replis muqueux
- Ablation d'une tumeur ou d'un kyste
- Incision et drainage chirurgicaux
- Traitement de fractures alvéolaires :
 - réduction de fractures
 - réparation de lacérations de tissu mou
 - réparation de lacérations de part en part
 - frénectomie
- Autres actes chirurgicaux :
 - traitement de la glande salivaire
 - recouvrement d'un corps étranger dans le sinus maxillaire
 - lavage du sinus maxillaire
 - fermeture d'une fistule oro-antrale
 - traitement d'une hémorragie
 - traitement postchirurgical
- Traitement palliatif de douleurs dentaires
- Anesthésie :
 - anesthésie générale
 - sédation consciente
 - acupuncture
 - hypnose

ENDODONTIE

- Préparation d'une dent en vue d'un traitement
- Thérapie canalaire :
 - traitement de canal
 - apexification
- Chirurgie endodontique périapicale :
 - apectomie
 - apectomie et traitement de canal conjoints, avec ou sans obturation rétrograde
 - apectomie et obturation rétrograde
 - amputation de racines
 - réimplantation intentionnelle
 - hémisection
- Blanchiment
- Traitements d'urgence
 - pulpotomie
 - ouverture et drainage
 - pulpectomie
 - meulage sélectif pour soulager une occlusion traumatique
 - réimplantation d'une dent avulsée et reposition d'une dent déplacée par traumatisme
- Pansements sédatifs, y compris de coiffage
- Meulage et polissage d'une dent traumatisée
- Couronnes en acier inoxydable

PARODONTIE

- Traitements d'infections, d'inflammations aiguës ou d'autres affections
- Application d'un agent désensibilisant
- Actes de chirurgie parodontale
 - curetage gingival et surfaçage radiculaire
 - gingivoplastie ou gingivectomie
 - chirurgie parodontale, approche par lambeau
 - greffe de tissu mou ou de tissu osseux
 - fibrotomie
 - wedges proximaux
 - visite de contrôle postopératoire pour changer un pansement
- Traitements parodontaux d'appoint
 - irrigation parodontale sous-gingivale
 - jumelage ou ligature provisoire
 - appareils parodontaux
- Équilibrage de l'occlusion

RESTAURATION MAJEURE

- Couronnes (restaurations individuelles seulement) pour une dent qui est fracturée par des caries ou une blessure traumatique et qui ne peut être obturée par de l'amalgame ou du composite. Le remplacement d'une couronne en place est inclus si cette couronne date d'au moins 5 ans.
À noter : La limitation de 5 ans ne s'applique pas aux couronnes préfabriquées en acier inoxydable ou polycarbonate.
- Prothèses dentaires, telles les ponts fixes, prothèses amovibles partielles ou complètes :
 - construction et insertion d'une prothèse dentaire permanente initiale si cette prothèse est nécessaire en raison de l'extraction d'au moins une dent naturelle pendant que la personne est assurée en vertu de la présente garantie;
 - le remplacement d'une prothèse dentaire en place par une prothèse permanente;
 - si cette prothèse est nécessaire en raison de l'extraction d'au moins une dent naturelle pendant que la personne est couverte en vertu de la présente garantie, ou
 - si la prothèse déjà en place date d'au moins 5 ans, ou
 - si la prothèse déjà en place est temporaire et est remplacée par une prothèse permanente dans les 12 mois suivant la date de l'installation de la prothèse temporaire;

À noter : Les conditions énoncées en a) et b) ci-dessus ne s'appliquent pas aux prothèses avec des attaches de précision ou des rupteurs de force ou des attaches de précision et des couronnes télescopiques pour les ponts fixes.

- prothèses complètes ou partielles, y compris l'ajustement, le remontage et l'équilibrage
- prothèses complètes standard
- prothèses complètes immédiates
- prothèses complètes immédiates de transition
- prothèses complètes amovibles sur implants
- prothèses complètes hybrides standard
- prothèses partielles permanentes, base en acrylique avec ou sans crochets
- prothèses partielles, base en acrylique avec crochets coulés et appuis
- prothèses partielles, base coulée (selle libre ou sans selle libre)
- prothèses partielles coulées avec attaches de précisions
- prothèses partielles coulées de type semi-précision

- Prothèses amovibles, services complémentaires
 - réparation de prothèses avec ou sans empreinte
 - ajout de structure à une prothèse partielle
 - nettoyage et polissage d'une prothèse
 - regarnissage à l'autopolymérisant de prothèses complètes
 - regarnissage à l'autopolymérisant ou photopolymérisant de prothèses partielles
 - regarnissage en laboratoire de prothèse partielles ou complètes
 - rebasage de prothèses partielles ou complètes
 - garnissage temporaire thérapeutique
 - réfection de prothèses partielles
 - remplacement des dents d'une prothèse
- Aurifications
- Incrustations en métal
- Incrustations, avec ou sans recouvrement, en porcelaine, en résine ou en céramique
- Tenons de rétention dans l'incrustation
- Prothèses et ponts fixes :
 - couronnes en acrylique, en acrylique sur métal, en porcelaine, en céramique, en résine ou en métal
 - couronnes préfabriquées en polycarbonate ou autre matériau similaire
 - corps coulés
 - réparation de couronnes ou de facettes
 - recimentation de couronnes
 - pivots préfabriqués et reconstitution en vue d'une couronne (y compris les tenons)
 - reconstitution d'une dent en vue d'une couronne
 - pontiques
 - ponts Papillon (Rochette) ou Maryland
 - ponts Monarch
- Ponts fixes, services complémentaires :
 - sectionnement d'un pilier ou d'un pontique et polissage de la partie restante
 - ablation, recimentation et réparation de ponts fixes
 - piliers de ponts
 - piliers, incrustations
 - couronnes télescopiques
 - attaches de précision
 - tenons de rétention pour couronnes ou piliers de pont

Soins orthodontiques

Les traitements orthodontiques mentionnés ci-dessous doivent être donnés par un orthodontiste dans le but de corriger les irrégularités dentaires chez un enfant à charge lorsque le traitement commence.

- Radiographies céphalométriques
- Modèles de diagnostic
- Examens complets d'orthodontie
- Appareils de maintien d'espace :
 - sur bague
 - sur couronne en acier
 - appareil de maintien amovible en acrylique
 - appareil de maintien, pontique lié par mordançage
- Ajustement, modification ou recimentation d'un appareil fixe ou amovible
- Appareils amovibles :
 - récupérateur d'espace
 - correction d'un articulé croisé
 - expansion d'une arcade
 - fermeture de diastèmes
 - alignement
 - éruption forcée d'une dent incluse
- Appareils orthopédiques
- Appareils fixes :
 - récupérateur d'espace
 - correction d'un articulé croisé
 - expansion d'une arcade
 - fermeture de diastèmes
 - alignement
 - éruption forcée d'une dent incluse ou non incluse
- Contrôle des habitudes buccales
- Appareils de rétention
- Traitement complet d'une malocclusion dentaire
- Consultation d'un autre dentiste et visites professionnelles

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 faisant partie du RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX 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 de la thérapeutique (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;
- le remplacement d'un appareil perdu, égaré ou volé;
- les soins ou services reliés aux implants (à l'exception des points fixes, prothèses permanentes amovibles partielles ou complètes et des couronnes reliées aux implants);
- le jumelage pour des raisons de parodontie, lorsqu'on utilise des couronnes ou des incrustations, avec ou sans recouvrement des cuspidés;
- le remplacement des dents d'une prothèse, si celui-ci est fait en même temps qu'un rebasage ou un regarnissage;
- les frais 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 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.

PRESTATIONS AUX SURVIVANTS

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

- 30 jours 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.

COMPTE-SANTÉ

Le compte-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 *Les Entreprises Rolland inc.* 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-santé respecte les règles fiscales, il doit répondre aux critères suivants:

- seul l'argent de l'employeur (*flexicrédits*) peut y être déposé;
- l'adhérent doit utiliser l'argent durant l'année civile où il est déposé dans le compte ou durant l'année civile suivante (sinon l'argent non utilisé est perdu);
- si l'adhérent cesse de travailler pour *Les Entreprises Rolland inc.*, tous les montants non utilisés sont perdus.

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-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-santé peut rembourser les frais suivants:

- franchises;
- portion des frais non remboursés par le Régime de soins médicaux et la Garantie d'assurance soins dentaires;
- frais excédant les maximums prévus par les régimes;
- frais non couverts par le Régime de soins médicaux et la Garantie d'assurance soins dentaires.

Les frais admissibles au titre du compte-santé sont:

- médicaments en vente libre qui ne figurent pas sur la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) tels que Claritin ou Tylenol, pourvu qu'ils soient prescrits par le médecin ou le dentiste;
- 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;
- examens de la vue et chirurgie au laser pour les yeux;
- injections pour le traitement de varices;
- procédure de fécondation in vitro et frais de suivi du cycle menstruel;
- rein artificiel, frais de réparation et de maintenance de l'appareil et fournitures;
- membres artificiels;
- services de praticiens tels que optométristes, diététistes, hygiénistes dentaires et les praticiens de la Science chrétienne;
- 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;
- téléscripteur ou appareil semblable, y compris indicateur de sonnerie téléphonique, permettant à une personne couverte malentendante ou muette de faire ou de recevoir des appels téléphoniques;
- lecteur optique conçu pour permettre aux non-voyants de lire sur du papier imprimé;
- dispositif conçu pour être porté par un nourrisson ayant été diagnostiqué comme prédisposé au syndrome de mort soudaine du nourrisson afin de donner une alarme si l'enfant cesse de respirer;
- tous les autres frais admissibles au crédit d'impôt pour frais médicaux.

COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Assurance vie

Dans l'éventualité d'un décès, l'assureur doit en être informé dans les plus brefs délais.

Médicaments

Cette garantie comporte un mode de paiement direct par l'intermédiaire de la carte-médicaments CROIX BLEUE. Vous devez présenter votre carte au pharmacien et vous ne paierez alors que votre franchise, s'il y a lieu, de même que votre coassurance.

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

Assurance accident / maladie

Remplissez le formulaire de Demande de règlement, joignez-y les originaux de vos reçus et faites parvenir le tout à l'assureur, à l'adresse mentionnée pour votre province sur le formulaire de Demande de règlement.

Veillez noter que le formulaire de demande de règlement peut être téléchargé à partir du portail des adhérents de l'assureur.

La responsabilité de l'assureur n'est engagée en vertu du présent contrat que s'il y a eu présentation d'une preuve de frais engagés, au plus tard dans les **12 mois** qui suivent la date à laquelle les frais ont été engagés.

Hospitalisation

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

Assurance voyage

Vous devez obtenir des factures détaillées pour les services hospitaliers, médicaux ou autres et présenter à l'assureur un certificat du médecin traitant attestant que les services faisant l'objet de la demande de règlement ont été rendus. L'assureur s'occupera de demander aux régimes gouvernementaux concernés le remboursement de la partie des frais payables par ces derniers.

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

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

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

Soins dentaires

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

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

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

Croix Bleue Medavie Assurance collective
Case postale 3300, succursale B
Montréal (Québec) H3B 4Y5

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE, VEUILLEZ VOUS ADRESSER AU SERVICE À LA CLIENTÈLE DE CROIX BLEUE MEDAVIE À L'UN DES NUMÉROS SUIVANTS :

**1-888-588-1212
514-286-8430**

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

www.medavie.croixbleue.ca

CHOISISSEZ « CONNEXION » ET AYEZ EN MAIN VOTRE CARTE D'IDENTIFICATION DE CROIX BLEUE (CARTE MÉDICAMENTS) AFIN DE VOUS INSCRIRE AU PORTAIL.

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

POLICE N° 1R890

PROGRAMME D'ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

**pour les employés de
LES ENTREPRISES ROLLAND INC.**

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR : 1^{er} janvier 2015

Ce livret/certificat est un document important.
S'il vous plaît, gardez-le dans un endroit sûr.



Table des matières

INTRODUCTION	2
QU'EST-CE QUE L'ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS?	2
QUI A BESOIN DE L'ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS?.....	2
POURQUOI CONSIDÉRER L'ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS?.....	2
QUELS SONT LES AVANTAGES AFFÉRENTS À VOTRE COUVERTURE?.....	2
DÉFINITIONS – POUR UNE MEILLEURE COMPRÉHENSION DU PRÉSENT LIVRET.....	3
CARACTÉRISTIQUES DU RÉGIME	8
ADMISSIBILITÉ	8
MONTANT DE LA COUVERTURE	8
ADHÉSION ET ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA COUVERTURE INDIVIDUELLE.....	10
RÉSILIATION DE LA COUVERTURE INDIVIDUELLE.....	11
GARANTIES DU RÉGIME	12
PRESTATION EN CAS DE PERTE ACCIDENTELLE	12
INDEMNITÉS DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS COUVERTES.....	13
EXTENSION DE COUVERTURE	23
EXTENSION DE COUVERTURE LORS D'UNE ABSENCE AUTORISÉE	23
EXONÉRATION DE PRIMES	25
TRANSFORMATION EN UN CONTRAT D'ASSURANCE INDIVIDUELLE.....	25
PAIEMENT DES PRIMES	26
PAIEMENT DES PRESTATIONS ET BÉNÉFICIAIRES.....	26
MONTANT GLOBAL D'INDEMNISATION.....	27
EXCLUSIONS	27
LORS D'UN SINISTRE	28
DÉCLARATION DE SINISTRE.....	28
FORMULAIRES DE DEMANDE DE RÈGLEMENT.....	28
PREUVE DE SINISTRE.....	28
EXAMEN PHYSIQUE ET AUTOPSIE.....	28
VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	29
ACTION CONTRE L'ASSUREUR.....	29
FOIRE AUX QUESTIONS	30

Le présent livret donne un aperçu du régime d'assurance Décès et Mutilation Accidentels de SSQ, Société d'assurance inc. offert aux employés du contractant. Vous y trouverez des renseignements sur la couverture offerte dans le cadre de ce régime d'assurance. Ce livret devrait être conservé pour consultation future.

Les conditions du régime d'assurance sont énoncées dans le contrat d'assurance collective Décès et Mutilation Accidentels n° 1R890, la Proposition-cadre, les avenants et toute pièce annexe, le cas échéant, le tout formant un contrat indivisible. Tous les droits et obligations sont régis par les dispositions du contrat et non par le présent livret. Pour connaître le libellé exact des dispositions du contrat, veuillez communiquer avec votre service des Ressources humaines.

INTRODUCTION

Qu'est-ce que l'assurance Décès et Mutilation Accidentels?

L'assurance Décès et Mutilation Accidentels offre la protection nécessaire en cas d'un accident pour aider à alléger des revers financiers pour vous et votre famille. La couverture Décès et Mutilation Accidentels verse un montant d'argent advenant un accident causant un décès ou une blessure grave. Le montant d'argent versé dépend du type de blessure.

Qui a besoin de l'assurance Décès et Mutilation Accidentels?

Chacun devrait planifier sa sécurité financière puisque nul n'est à l'abri d'accidents. Selon Statistique Canada (2006), la blessure involontaire est la cinquième cause principale de décès. De nos jours, peu de gens mettent de l'argent de côté pour des besoins urgents, donc cette couverture vous procure une protection au moment où vous en avez le plus besoin. La couverture Décès et Mutilation Accidentels aide vous et votre famille à surmonter les difficultés financières à la suite d'un accident en plus de vous procurer une tranquillité d'esprit.

Pourquoi considérer l'assurance Décès et Mutilation Accidentels?

Parce que personne n'est immunisé contre les accidents, l'assurance Décès et Mutilation Accidentels est perçue comme étant une couverture précieuse à ajouter à tout régime d'assurance collective. Des accidents surviennent et leur impact sur vous et votre famille peut s'avérer dévastateur. Se rétablir d'un accident peut prendre du temps et peut vous coûter plus que vous ne l'auriez escompté. L'assurance Décès et Mutilation Accidentels vous procure les ressources nécessaires au moment où vous en avez le plus besoin et c'est la raison pour laquelle il est avantageux de l'ajouter à votre régime d'assurance collective.

Quels sont les avantages afférents à votre couverture?

Avec l'assurance Décès et Mutilation Accidentels, vous bénéficiez :

- de plans complets
- d'une liste extensive d'indemnités
- d'une couverture autonome ou complémentaire à l'assurance vie offert par l'employeur
- d'une protection complète 24 heures sur 24, 365 jours par année, partout dans le monde
- d'un service de réclamations efficace

Définitions – pour une meilleure compréhension du présent livret

Dans le présent livret :

« *assuré* » et « *personne assurée* » signifient vous ou votre *conjoint* assuré ou votre *enfant à charge* assuré qui répond aux critères de la définition de *conjoint* ou d'*enfant à charge* présentée dans cette section, alors que la couverture individuelle aux termes de la *police* est en vigueur.

« *assureur* », « *nous* » et « *on* » signifie SSQ, Société d'assurance inc.

« *accident* » signifie un événement ou un incident soudain et imprévu mettant en cause l'*assuré* et entraînant directement une *blessure* à ce dernier.

« *blessure* » signifie une lésion corporelle qui résulte d'un *accident* se produisant pendant que la *police* est en vigueur en ce qui a trait à l'*assuré*, sur lequel la demande de règlement est fondée et qui entraîne directement et indépendamment de toute autre cause, un sinistre couvert par la Police, 24 heures sur 24, n'importe où dans le monde entier; sont exclues toutes les *maladies* ou *affections*, quelle que soit leur cause, sauf si elles sont la conséquence d'un *accident*.

« *capital assuré* » signifie le montant stipulé à l'article 3 de la Proposition-cadre applicable à l'*assuré* et indiqué sur la plus récente carte d'adhésion signée par l'employé assuré dans les archives du contractant, s'il y a lieu.

« *ceinture de sécurité* » signifie toute ceinture constituant un dispositif de retenue dans un *véhicule automobile*.

Aux fins de cette définition, le terme *ceinture de sécurité* englobe un dispositif de retenue pour enfant utilisé dans un *véhicule automobile* ainsi que tout dispositif d'attache qui fait partie d'une civière et dont on se sert pour véhiculer des malades et des blessés en ambulance.

« *conjoint* » signifie la personne de moins de soixante-dix ans:

- (a) une personne à laquelle vous êtes légalement marié ou unie civilement ou une personne que vous avez désignée comme votre conjoint et avec qui vous cohabitez en permanence depuis au moins douze (12) mois, la période précitée n'étant pas applicable si un enfant (biologique ou adoptif) est issu de l'union.
- (b) le conjoint est celui désigné sur votre demande d'adhésion. Une Union de fait signifie la cohabitation continue et la représentation publique du lien matrimonial.
- (c) Si vous avez eu plusieurs conjoints, le terme conjoint désigne uniquement votre conjoint actuel, s'il répond aux critères sus mentionnés. En tout temps, une seule personne peut-être assurée en tant que votre conjoint.
- (d) l'admissibilité du conjoint prend fin immédiatement en cas de divorce ou après une séparation d'au moins quatre-vingt-dix (90) jours dans le cas d'une union de fait. À noter

que toute rupture de moins de quatre-vingt-dix (90) jours n'interrompt pas la période de douze (12) mois de cohabitation.

« *contractant* » signifie Les Entreprises Rolland inc..

« *début de l'invalidité totale* » signifie la date où l'*invalidité totale* de l'*assuré* déclarée par un *médecin* a commencé, pourvu qu'à cette date, l'*assuré* respecte, à la satisfaction de l'*assureur*, tous les critères d'*invalidité totale*.

« *déficience fonctionnelle* » signifie une limitation irréversible et grave de la capacité physique ou mentale d'une personne ou de ses habiletés qui empêche la personne de vivre de façon autonome.

« *employé* » signifie un salarié canadien âgés de moins de soixante-dix (70) ans qui exerce un travail rémunérateur à temps plein ou à temps partiel (minimum 20 heures par semaine) sur base permanente pour le contractant ou qui est embauché sur base contractuelle par le contractant. L'*employé* est désigné dans le présent livret par les expressions « vous » et « votre ».

« *enfant à charge* » signifie un enfant biologique, un enfant adopté, un enfant du *conjoint* ou tout enfant avec lequel vous avez par ailleurs une relation parent-enfant. Il dépend de vous pour ses frais de subsistance et :

- (1) a moins de vingt et un (21) ans; ou
- (2) a moins de vingt-cinq (25) ans (vingt-six (26) ans au Québec) et fréquente à temps plein un *établissement d'enseignement post-secondaire*; ou
- (3) quel que soit son âge à la date de la demande de règlement, a été frappé d'une *déficience fonctionnelle* alors qu'il répondait à l'un des deux critères aux paragraphes 1) et 2) ci-haut. Une preuve de l'existence de cette *déficience fonctionnelle*, y compris la déclaration par un *médecin* de l'existence de cette déficience et du moment où elle s'est produite, doit être remise à l'*assureur* au plus tard dans les trente et un (31) jours après que l'enfant ait atteint l'âge auquel il ne serait plus par ailleurs admissible à titre d'*enfant à charge* aux termes de l'un des deux critères aux paragraphes 1) et 2) ci-haut. Par la suite, l'*assureur* peut exiger la présentation périodique d'autres preuves attestant à sa satisfaction que cette *déficience fonctionnelle* subsiste et que la définition d'*enfant à charge* s'applique par ailleurs à l'enfant, à défaut de quoi l'*assureur* peut établir que l'enfant n'est plus admissible à titre d'*enfant à charge* aux termes de la *police*.

L'*enfant à charge* sera couvert à partir de sa naissance, pourvu qu'il soit né vivant.

« *établissement d'enseignement post-secondaire* » signifie une université, un collège, un cégep ou une école de formation professionnelle et technique exclusivement.

« *garderie* » signifie un établissement qui, tout en étant exploité en vertu de la législation en vigueur, notamment sur les garderies, offre, sur une base régulière, des soins et de la supervision à un groupe d'enfants. Sont exclus de la présente définition tout hôpital, le domicile de l'enfant ou l'école si les seuls services fournis à l'école le sont pendant les heures normales de classe de l'*enfant à charge* (jusqu'à la fin du secondaire).

« *hémiplégie* » signifie la *paralysie* permanente et la *perte* d'usage fonctionnelle du membre supérieur et du membre inférieur d'un même côté du corps.

« *hôpital* » signifie un établissement agréé à titre d'hôpital dans le territoire où il est situé. Pour satisfaire à cette définition, il doit s'agir d'un hôpital de soins actifs ouvert jour et nuit qui traite les malades et les blessés, qui compte en tout temps au moins un *médecin* de service, qui offre, 24 heures sur 24, des soins infirmiers dispensés par du personnel infirmier autorisé et qui dispose des installations nécessaires au diagnostic et à la chirurgie. Une clinique, une maison de repos, un centre d'hébergement, un hôpital pour convalescents ou tout établissement de même nature n'est pas un *hôpital*. Aux fins de la présente définition, un *hôpital* inclut un établissement réservé en tout ou en partie aux soins de réadaptation.

« *hébergement* » signifie l'hébergement dans un hôtel, un motel, une auberge, une chambre d'hôte ou un autre établissement du genre ainsi que la nourriture raisonnablement requise pendant l'hébergement; toutefois, aucune indemnité ne sera versée pour l'hébergement dans une résidence privée ou pour de la nourriture qui n'est pas consommée dans le cadre d'un repas par la personne qui demande un remboursement de dépenses.

« *indemnité quotidienne* » signifie un trentième de un pour cent (1/30 de 1 %) du *capital assuré* de l'*assuré*, jusqu'à concurrence de deux mille cinq cent dollars (2 500 \$) par mois.

« *invalidité totale* » ou « *totaletement invalide* », signifie ou renvoie directement à un état continu d'incapacité qui empêche l'*assuré* d'exercer toutes les fonctions usuelles et habituelles relatives à son emploi.

L'*assuré* sera réputé être *totaletement invalide* seulement s'il ne tire pas de revenus d'un emploi après le début de son *invalidité totale*, directement ou indirectement, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par l'*assureur*.

Pour qu'une *invalidité totale* soit reconnue, l'état de l'*assuré* doit exiger que des *soins et suivi normaux* lui soient prodigués par un *médecin* ou un spécialiste pertinent. La preuve des *soins et suivi normaux* doit être jugée satisfaisante par l'*assureur*.

« *jour d'hospitalisation* » signifie toute *période d'hospitalisation* nécessaire correspondant à la facturation d'hôpital pour une journée complète.

« *lésion cérébrale* » signifie une lésion cérébrale physique irréversible entraînant une incapacité complète à exécuter les tâches et les activités essentielles et importantes de la vie quotidienne.

« *maladie* ou *affection* » signifie l'altération de l'état de santé, attribuée à des causes internes ou externes, se traduisant par des symptômes et/ou des signes objectivement vérifiables et se manifestant par une détérioration des fonctions physiologiques ou mentales.

« *médecin* » signifie une personne dûment autorisée à exercer la médecine et à prodiguer des traitements conformément au permis qui lui a été octroyé par un des organismes suivants :

- (a) un organisme agréé chargé de la délivrance des permis d'exercice dans la région d'administration des soins et dont le *médecin* est membre en règle; ou

- (b) un organisme gouvernemental ayant compétence sur la délivrance des permis d'exercer dans la région d'administration des soins.

Le médecin ne peut pas résider habituellement avec l'assuré. Il ne peut pas être un *assuré*, ni un *membre de la famille immédiate* ou une relation d'affaires de l'*assuré*.

« *membre de la famille immédiate* » signifie toute personne d'au moins dix-huit (18) ans, qu'il s'agisse du fils, de la fille, du père, de la mère, du frère, de la sœur, du beau-fils, de la belle-fille, du beau-père, de la belle-mère, du beau-frère, de la belle-sœur, de l'oncle, de la tante, du neveu, de la nièce, du petit-fils, de la petite-fille, du grand-père, de la grand-mère (peu importe que le lien soit biologique ou qu'il découle d'une adoption ou d'un remariage) ou du conjoint de l'*assuré*.

« *même accident* » signifie un *accident* unique ou de multiples *accidents* se produisant en moins de vingt-quatre (24) heures.

« *paralysie* » signifie la perte de la motricité d'une ou de plusieurs parties du corps.

« *paraplégie* » signifie la paralysie permanente et la perte d'usage fonctionnelle des deux membres inférieurs.

« *période d'hospitalisation* » signifie un séjour unique et ininterrompu à l'*hôpital* ou plusieurs séjours successifs à l'*hôpital* résultant d'un seul *accident*, sous réserve toutefois que l'intervalle entre chaque séjour soit de moins de quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs et que tous les séjours se produisent dans les sept cent trente (730) jours de la date de l'*accident*.

« *perte accidentelle* » signifie la *perte de la vie*, une *perte*, la *perte de l'usage*, la *quadriplégie*, la *paraplégie* ou l'*hémiplégie*, le tout au sens donné dans le présent chapitre de ce livret.

« *perte de la vie* » signifie le décès de l'*assuré*.

« *perte de l'usage* » signifie l'incapacité totale d'utiliser une partie du corps, cette incapacité devant se poursuivre pendant douze (12) mois consécutifs au terme desquels elle est déclarée permanente par un *médecin*.

« *perte* » signifie :

- (a) dans le cas d'une main ou d'un pied, le sectionnement total et irrémédiable à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, mais en dessous de l'articulation du coude ou du genou;
- (b) dans le cas d'un bras ou d'une jambe, le sectionnement total et irrémédiable à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus;
- (c) dans le cas d'un pouce, le sectionnement total et irrémédiable d'une phalange;
- (d) dans le cas d'un doigt, le sectionnement total et irrémédiable de deux phalanges et l'articulation métacarpophalangienne;
- (e) dans le cas d'un orteil, le sectionnement total et irrémédiable d'une phalange du gros orteil et de toutes les phalanges des autres orteils;

- (f) dans le cas d'un œil, la perte totale et irrémédiable de la vue, cette perte étant déclarée irrémédiable par un médecin;
- (g) dans le cas de la parole, la perte totale et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles, cette perte étant déclarée irrémédiable par un médecin;
- (h) dans le cas de l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe, cette perte étant déclarée irrémédiable par un médecin.

« *police* » signifie la *police* n° 1R890 ainsi que la Proposition-cadre qui y est jointe, tout avenant et tous documents joints.

« *protection individuelle* » signifie une protection qui ne couvre que l'*employé* assuré.

« *protection familiale* » signifie une protection qui couvre l'*employé* assuré, son *conjoint* assuré et/ou ses *enfants à charge* assurés.

« *quadriplégie* » signifie la *paralysie* permanente et la perte d'usage fonctionnelle des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs.

« *soins et suivi normaux* » signifie les observations et les soins nécessaires, selon les normes actuelles et reconnues de la médecine.

« *sous l'influence de l'alcool ou de drogues* » signifie que le taux d'alcool dans le sang du conducteur est tel, et/ou que ses facultés sont affaiblies en raison de la consommation d'alcool, de stupéfiants ou d'autres drogues de telle façon, que celui-ci serait passible d'une poursuite en vertu des lois provinciales, fédérales ou étatiques même s'il n'a pas fait l'objet d'une telle poursuite.

« *tarif* » signifie le tarif régulier facturé pour :

- (1) un siège en classe économique sur un vol régulier d'un transporteur aérien régulier national ou international;
- (2) un siège en voiture coach dans un train de passagers;
- (3) un siège régulier dans un autobus-voyageurs;
- (4) la traversée en classe économique sur un bateau.

Chacun de ces transporteurs doit détenir un certificat en cours de validité émis par Transport Canada ou, s'il est assujéti à la réglementation d'un autre pays, par une autorité gouvernementale similaire ayant compétence dans ce pays.

« *transport* » signifie le déplacement d'un endroit à l'autre au moyen d'un *véhicule automobile* privé ou public, d'un autobus, d'un train, d'un bateau, d'un traversier, d'un avion ou d'un hélicoptère.

« *véhicule automobile* » signifie une voiture de tourisme, une fourgonnette, un véhicule tout-terrain, un véhicule utilitaire sport (VUS), un camion, une ambulance ou tout type de véhicule automobile utilisé par les corps de police municipaux, provinciaux ou fédéraux.

Dans ce livret, le masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

CARACTÉRISTIQUES DU RÉGIME

Admissibilité

Le régime d'assurance Décès et Mutilation Accidentels est offert aux *employés* du *contractant* et leurs personnes à charge (*conjoint* et *enfants à charge*).

Classe I :

Tous les employés syndiqués et tous les employés non-syndiqués résident au Canada qui ont choisi la protection individuelle.

Classe II :

Tous les employés syndiqués et tous les employés non-syndiqués résident au Canada qui ont choisi la protection familiale.

Votre *conjoint* est admissible s'il est âgé de moins de soixante-dix (70) ans et s'il répond à la définition de *conjoint* tel que stipulé au chapitre « Définitions — pour une meilleure compréhension du présent livret ».

Tous vos enfants qui répondent à la définition de *enfants à charge* telle que stipulée au chapitre « Définitions — pour une meilleure compréhension du présent livret » sont également admissibles.

Remarque : Si vous êtes légalement marié, mais vous cohabitez avec une autre personne, veuillez vous reporter à la définition de *conjoint* pour de plus amples renseignements.

Montant de la couverture

Régime volontaire

Le régime d'assurance Décès et Mutilation Accidentels est offert sous forme de régime volontaire pour vous, vous et votre *conjoint* ou vous et vos personnes à charges (*conjoint* et *enfants à charge*) **sans devoir soumettre de preuve d'assurabilité.**

Les montants de *capital assuré* pour vous, votre *conjoint* et vos personnes à charge (votre *conjoint* et vos *enfants à charge*) peuvent varier selon votre classification d'employé :

Classe I:

Minimum 10 000 \$, par tranche de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 500 000 \$.

Classe II:

- **Employés** – Minimum de 10 000 \$, par tranche de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 500 000 \$.
- **Conjoint seulement** – s'il n'y a pas d'*enfant à charge* assuré, le *capital assuré* du *conjoint* correspond à 60 % de celui de l'*employé*.
- **Conjoint et enfants à charge** – le *capital assuré* du *conjoint* correspond à 50 % du celui de l'*employé* et celui de chacun des *enfants à charge* correspond à 10 %.
- **Enfants à charge seulement** – S'il n'y a pas de *conjoint* assuré, le *capital assuré* de chacun des *enfants à charge* correspond à 20 % de celui de l'*employé*.

Note: Une seule *protection familiale* peut être souscrite si vous et votre *conjoint* êtes des employés du *contractant*. Votre *conjoint* peut être couvert à titre d'*employé* en vertu d'une *protection individuelle* et à titre de personne à charge en vertu d'une *protection familiale*, mais le montant de *capital assuré* en vertu de la *protection individuelle* sera limité à la différence entre 500 000 \$ et le montant de *capital assuré* en vertu de la *protection* pour *conjoint*.

L'*enfant à charge* peut seulement souscrire à une seule *protection familiale*.

Combien coûte l'assurance?

Les primes mensuelles sont payables sous forme de retenues sur le salaire. Voici quelques exemples:

Montant de <i>capital assuré</i> pour vous	Protection individuelle	Protection familiale
10 000 \$	0,17 \$	0,27 \$
50 000 \$	0,85 \$	1,35 \$
100 000 \$	1,70 \$	2,70 \$
150 000 \$	2,55 \$	4,05 \$
200 000 \$	3,40 \$	5,40 \$

Un exemple

Si vous prenez 100 000\$ de couverture, le *capital assuré* serait de:

	Protection individuelle	Protection familiale
<i>Employé</i>	100 000\$	100 000\$
<i>Conjoint (40%)</i>	N/A	50 000\$
<i>Chaque enfant à charge (10%)</i>	N/A	10 000\$

Votre retenue mensuelle sur le salaire serait de:

	Protection individuelle	Protection familiale
	1,70 \$	2,70 \$

Note: La taxe de vente provinciale sur les primes d'assurance doit être ajoutée.

Adhésion et entrée en vigueur de la couverture individuelle**Régime volontaire****Adhésion**

Si vous souhaitez adhérer au régime volontaire d'assurance Décès et Mutilation Accidentels, vous devez remplir et soumettre une fiche d'adhésion signée au contractant ou effectuer une adhésion en ligne.

Entrée en vigueur de la couverture individuelle**À l'égard de l'employé qui remplit et soumet une fiche d'adhésion ou pour qui une fiche d'adhésion fut remplie et soumise pour lui ou qui effectue une adhésion en ligne :**

- à la date d'entrée en vigueur de la police ou avant celle-ci;
- après la date d'entrée en vigueur de la police, le 1er du mois qui coïncide ou qui suit la date à laquelle la fiche d'adhésion est reçue par le contractant;

À l'égard du conjoint et/ou l'enfant à charge :

- à la date d'entrée en vigueur de votre couverture;
- à la date que votre *conjoint* et/ou *enfant à charge* devient admissible si admissible après la date d'entrée en vigueur de votre couverture.

Résiliation de la couverture individuelle

Votre couverture prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- à la date de la résiliation de la *police*;
- à la date d'échéance de la prime si le *contractant* n'acquitte pas la prime exigible, sauf en cas d'erreur commise par inadvertance;
- à la date d'échéance de la prime coïncidant avec ou suivant la date à laquelle vous remettez votre avis d'annulation au *contractant*;
- à la date d'échéance de la prime coïncidant avec ou suivant la date à laquelle vous atteignez l'âge de soixante-dix (70) ans;
- à la date d'échéance de la prime coïncidant avec ou suivant la date à laquelle vous cessez d'être au service actif du *contractant* en raison d'une absence autorisée, d'une mise à pied, d'un congé de maternité/parental, d'une invalidité, d'une démission, d'un congédiement ou de la retraite, sauf tel que prévu aux chapitres suivants du présent livret :
 - Exonération de primes
 - Extension de la couverture lors d'une absence autorisée
 - Extension de couverture

La couverture de votre *conjoint* assuré et/ou *enfant à charge* assuré prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- à la date à laquelle cette personne cesse de respecter les critères de la définition de « conjoint » ou d' « enfant à charge » telle qu'elle figure dans le chapitre de ce livret intitulé « Définitions — pour une meilleure compréhension du présent livret »;
- à la date à laquelle votre couverture est résiliée, sauf tel que prévu au chapitre de ce livret intitulé « Extension de couverture ».

Le régime d'assurance peut être annulé par le *contractant* s'il envoie à l'*assureur* un préavis par écrit l'informant de la date de résiliation. Le programme peut également être annulé par l'*assureur* s'il envoie par la poste au *contractant*, à l'adresse figurant dans la *police*, un préavis par écrit d'au moins trente (30) jours précédant l'anniversaire de la *police* et l'informant de la date de résiliation. L'envoi par la poste est une preuve suffisante de la délivrance du préavis susmentionné. La date stipulée dans le préavis est la date d'expiration de la période d'assurance. La délivrance en personne (par le *contractant* ou l'*assureur*) a le même effet que son envoi par la poste.

GARANTIES DU RÉGIME

Prestation en cas de perte accidentelle

Lorsque, dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date d'un *accident*, un *assuré* subit une des *pertes accidentelles* énumérées ci-dessous par suite d'une *blessure* résultant de cet *accident*, l'*assureur* versera des prestations comme suit :

Perte

La vie	Le <i>capital assuré</i>
La vue complète des deux yeux	Le <i>capital assuré</i>
La parole et l'ouïe des deux oreilles.....	Le <i>capital assuré</i>
Une main et la vue complète d'un œil.....	Le <i>capital assuré</i>
Un pied et la vue complète d'un œil	Le <i>capital assuré</i>
La vue complète d'un œil	Les trois quarts du <i>capital assuré</i>
La parole	Le <i>capital assuré</i>
L'ouïe des deux oreilles.....	Les trois quarts du <i>capital assuré</i>
L'ouïe d'une oreille	Les deux cinquièmes du <i>capital assuré</i>
Tous les orteils d'un pied	Le tiers du <i>capital assuré</i>

Perte ou perte de l'usage

Les deux mains	Le <i>capital assuré</i>
Les deux pieds.....	Le <i>capital assuré</i>
Une main et un pied	Le <i>capital assuré</i>
Un bras.....	Le <i>capital assuré</i>
Une jambe	Le <i>capital assuré</i>
Une main.....	Le <i>capital assuré</i>
Un pied	Le <i>capital assuré</i>
Le pouce et l'index ou au moins quatre doigts d'une main	Les deux cinquièmes du <i>capital assuré</i>

Paralysie

Les quatre membres (<i>quadriplégie</i>).....	Le double du <i>capital assuré</i>
Les deux membres inférieurs (<i>paraplégie</i>)	Le double du <i>capital assuré</i>
Une moitié du corps (<i>hémiplégie</i>)	Le double du <i>capital assuré</i>

Toutefois, en ce qui concerne la *quadriplégie*, la *paraplégie* et l'*hémiplegie*, si l'*assuré* décède dans les quatre-vingt dix (90) jours suivant la date de l'*accident*, les prestations payables par l'*assureur* se limiteront au *capital assuré*.

Les prestations prévues aux termes du présent chapitre pour toutes les *pertes accidentelles* subies par un *assuré* par suite d'un (1) seul *accident* ne dépasseront pas ce qui suit :

- (a) Le *capital assuré*, sauf dans les cas de *quadriplégie*, de *paraplégie* ou d'*hémiplegie*; ou
- (b) Le double du *capital assuré* en cas de *quadriplégie*, de *paraplégie* et d'*hémiplegie*, pourvu que l'*assuré* survive plus de quatre-vingt-dix (90) jours après la date de l'*accident*.

Aux termes du présent chapitre, en aucun cas l'*assureur* ne paiera plus du double du *capital assuré* par suite du même *accident*, sans égard à la combinaison des pertes subies.

Indemnités Décès et Mutilation Accidentels couvertes

Indemnité de greffage par chirurgie

Si un membre ou un appendice ou une partie d'un membre ou d'un appendice de l'*assuré* est sectionné complètement par suite d'une *blessure*, et que ce membre, cet appendice ou cette partie de membre ou d'appendice sectionné est par la suite greffé par chirurgie dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'*accident* ayant causé cette *blessure*, l'*assureur* versera alors à l'*assuré* les prestations suivantes :

Que l'*assuré* regagne ou non l'usage de son membre, de son appendice ou de la partie du membre ou de l'appendice sectionné, l'*assureur* versera des prestations correspondant à 50 % des prestations qui auraient été payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret pour la *perte* de ce membre, de cet appendice ou de cette partie de membre ou d'appendice si le greffage par chirurgie n'avait pas été effectué.

- (1) Si, après le greffage du membre, de l'appendice ou de la partie de membre ou d'appendice sectionné et dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'*accident* ayant causé cette *blessure*, l'*assuré* subit une *perte de l'usage* irréversible, totale et permanente de ce membre, de cet appendice ou de cette partie de membre ou d'appendice greffé, l'*assureur* versera pour cette *perte de l'usage* les prestations prévues au chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret, déduction faite de tout autre montant payé ou payable conformément au paragraphe (1) ci-dessus du présent chapitre « Indemnité de greffage par chirurgie ».

- (2) Si, après le greffage du membre, de l'appendice ou de la partie de membre ou d'appendice sectionné et dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'*accident* ayant causé cette *blessure*, le greffage ne réussit pas et que le membre, l'appendice ou la partie de membre ou d'appendice doit être amputé, l'*assureur* versera pour la *perte* de ce membre, de cet appendice ou de cette partie de membre ou d'appendice les prestations prévues au chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret, déduction faite de tout autre montant payé ou payable conformément aux paragraphes (1) et (2) du présent chapitre « Indemnité de greffage par chirurgie ».

Les prestations payables en vertu du présent chapitre et du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret à un même *assuré* à la suite d'un (1) seul *accident* ne dépasseront pas le *capital assuré*.

Indemnité de rapatriement

Si, par suite de la *perte de la vie* de l'*assuré* découlant d'une *blessure* subie à plus de cinquante kilomètres (50 km) de sa résidence habituelle, des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret, l'*assureur* remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés pour le transport, y compris la préparation en vue du transport, du corps de l'*assuré* jusqu'à l'endroit de repos choisi (notamment un salon funéraire ou un lieu d'inhumation) à proximité de la résidence habituelle de l'*assuré* décédé, jusqu'à concurrence d'une somme globale de quinze mille dollars (15 000 \$) à l'égard de la totalité des frais payés en vertu du présent chapitre par suite d'un (1) seul *accident*.

Les prestations prévues par le présent chapitre sont payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité d'études

Si vous ou votre *conjoint assuré* décédez des suites d'une *blessure* et que des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret, l'*assureur* paiera les frais de scolarité raisonnables et nécessaires de chacun des *enfants à charge* qui, à la date du décès de l'*assuré* ou dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent, sont inscrits ou s'inscrivent à plein temps dans un *établissement d'enseignement post-secondaire*, jusqu'à concurrence du moins élevé des montants suivants :

- (a) cinq pour cent (5 %) du *capital assuré* de l'*assuré* décédé; ou
- (b) cinq mille dollars (5 000 \$),

par *enfant à charge* pour chaque année (pendant un maximum de cinq (5) années consécutives) où *l'enfant à charge* y est effectivement inscrit à plein temps.

La somme maximale payable en vertu de ce chapitre ne peut dépasser un plafond annuel de cinq mille dollars (5 000 \$) par *enfant à charge*.

Le versement des prestations s'effectue chaque année dès réception par *l'assureur* d'une preuve qu'il juge satisfaisante de l'inscription à plein temps de *l'enfant à charge* dans un *établissement d'enseignement post-secondaire*. Aucun montant ne sera versé à l'égard de frais engagés avant la *perte de la vie* de *l'assuré* ni pour les frais de pension, les livres et les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Les prestations prévues par le présent chapitre sont payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Si aucun *enfant en charge* ne remplit ces conditions ou celles du chapitre « Indemnité de garde d'enfants » du présent livret, *l'assureur* versera à votre bénéficiaire une somme correspondant au moins élevé des montants suivants :

- (a) cinq pour cent (5 %) du *capital assuré* de *l'assuré* décédé; ou
- (b) deux mille cinq cents dollars (2 500 \$),

en vertu d'une (1) seule police de *l'assureur*.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par *l'assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité de garde d'enfants

Si vous ou votre *conjoint* assuré décédez des suites d'une *blessure* et que des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret, *l'assureur* s'engage à rembourser les frais de garde raisonnables et nécessaires effectivement engagés relativement aux services de *garderie* pour les *enfants à charge* ayant moins de treize (13) ans à la date du décès de *l'assuré* et qui, à la date du décès de *l'assuré* ou dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent, sont inscrits ou s'inscrivent dans une *garderie*, jusqu'à concurrence du moins élevé des montants suivants :

- (a) cinq pour cent (5 %) du *capital assuré* de *l'assuré* décédé; ou
- (b) cinq mille dollars (5 000 \$),

par *enfant à charge* pour chaque année (pendant un maximum de cinq (5) années consécutives) où *l'enfant à charge* y est effectivement inscrit.

La somme maximale payable en vertu de ce chapitre ne peut dépasser un plafond annuel de cinq mille dollars (5 000 \$) par *enfant à charge*.

Le versement des prestations s'effectue chaque année dès réception par l'*assureur* d'une preuve qu'il juge satisfaisante de l'inscription dans une *garderie*, mais aucun montant ne sera versé à l'égard de frais engagés avant la *perte de la vie* de l'*assuré* ni pour les frais de pension et les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Les prestations prévues par ce chapitre sont payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Si aucun *enfant en charge* ne remplit ces conditions ou celles du chapitre « Indemnité d'études » du présent livret, l'*assureur* versera à votre bénéficiaire une somme correspondant au moins élevé des montants suivants :

(c) cinq pour cent (5 %) du *capital assuré* de l'*assuré* décédé; ou

(d) deux mille cinq cents dollars (2 500 \$),

en vertu d'une (1) seule police de l'*assureur*.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité de réadaptation professionnelle

Si vous souffrez d'une *perte accidentelle* découlant d'une *blessure* et que des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret et que vous devez, en raison de cette *blessure*, vous inscrire à un programme de réadaptation professionnelle qui vous permet d'acquérir les compétences propres à l'occupation d'un emploi que vous n'auriez pas occupé sans cette *blessure*, l'*assureur* s'engage à rembourser les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par vous pour ce programme au cours des trois (3) années suivant la perte. L'indemnité ne couvre ni les frais de pension ni les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Le montant global versé par l'*assureur* pour l'ensemble des frais engagés par vous en vertu du présent chapitre se limite à quinze mille dollars (15 000 \$) par suite d'un (1) seul *accident*.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité de modification du lieu de travail et d'adaptation

Si vous souffrez d'une *perte accidentelle* découlant d'une *blessure* et que des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret et que vous devez, pour pouvoir raisonnablement reprendre le travail actif auprès du *contractant*, voir votre lieu de travail faire l'objet de modifications et/ou être muni d'un équipement adapté, l'*assureur* remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par le *contractant*, sous réserve de ce qui suit :

- (1) Le *contractant* convient par écrit de mettre à votre disposition l'équipement adapté et/ou de modifier le lieu de travail pour le rendre accessible et répondre ainsi à vos nouveaux besoins; et
- (2) Le *contractant* reconnaît par écrit que l'exercice des tâches essentielles de votre emploi sera compromis si les modifications ou l'adaptation ne sont pas effectuées; et
- (3) L'acquisition du matériel adapté et/ou la modification du lieu de travail doivent recevoir l'approbation préalable écrite de l'*assureur*.

L'*assureur* a le droit de vous faire examiner par un professionnel de son choix et d'évaluer ainsi la pertinence des modifications ou de l'équipement proposés.

Les prestations prévues par le présent chapitre sont versées au *contractant* dès votre retour au travail actif auprès du *contractant* et dès que l'*assureur* reçoit par écrit l'attestation des frais engagés. Si aucun frais n'est engagé pour offrir l'équipement adapté ou modifier le lieu de travail, aucune indemnité n'est versée.

Le montant global versé par l'*assureur* pour l'ensemble des frais engagés par le *contractant* en vertu du présent chapitre se limite à cinq mille dollars (5 000 \$) pour un (1) seul *accident*.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature versée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité de formation professionnelle

Si vous décédez des suites d'une *blessure* et que des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret, l'*assureur* remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par votre *conjoint*, dans les trois (3) années qui suivent cette perte, pour participer à un programme officiel de formation professionnelle qui lui permet d'acquérir les compétences propres à l'occupation d'un emploi qu'il n'aurait pas été apte à exercer autrement. L'indemnité ne couvre ni les frais de pension ni les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Le montant global versé par l'*assureur* pour l'ensemble des frais engagés par votre *conjoint* en vertu du présent chapitre se limite à quinze mille dollars (15 000 \$).

Les prestations prévues par le présent chapitre sont payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature versée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Majoration de l'indemnité des enfants

Si, par suite d'une *perte accidentelle* subie par un *enfant à charge* assuré découlant d'une *blessure*, des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret, l'*assureur* paiera le double des prestations prévues, sauf en cas de *perte de la vie*.

Le présent chapitre ne s'applique pas si l'*enfant à charge* assuré décède par suite de la *blessure* ou de toute autre cause dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent l'*accident*.

Indemnité d'invalidité totale permanente

Si, par suite d'une *blessure*, vous devenez *totale*ment *invalide* dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent la date de l'*accident* ayant entraîné la *blessure*

- date à laquelle vous avez moins de soixante-dix (70) ans;
- et vous ne pouvez exercer aucun emploi rémunérateur pour lequel vous êtes raisonnablement qualifié, ou peut le devenir, à cause de votre instruction, ou de votre formation ou de votre expérience,

et que cette *invalidité totale* se poursuit pendant douze (12) mois consécutifs après le *début de l'invalidité totale*, au terme desquels elle est permanente, l'*assureur* paiera le *capital assuré*, déduction faite de tout montant payé ou payable en raison de l'*accident* en question en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret.

Indemnité de déplacement pour raisons familiales

Si, par suite d'une *perte accidentelle* découlant d'une *blessure*, des prestations sont payables à l'*assuré* en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret et que l'*assuré* reçoit les soins normaux d'un *médecin*, l'*assureur* remboursera les frais raisonnables et nécessaires de *transport* aller-retour effectivement engagés par des *membres de la famille immédiate* ou représentant de la famille pour se rendre de sa résidence habituelle au chevet de l'*assuré* par le

trajet le plus court et l'hébergement à proximité, si l'assuré ne voyageait pas accompagné d'un membre de sa famille immédiate. L'indemnité ne couvre pas les frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Aucune prestation ne sera versée en vertu du présent chapitre si l'assuré séjourne dans un hôpital situé à cinquante kilomètres (50 km) ou moins de sa résidence habituelle.

Le remboursement des frais de *transport* se limite à un seul voyage aller-retour au chevet de l'assuré pendant son séjour à l'hôpital. Plusieurs moyens de *transport* peuvent être utilisés au besoin, mais le remboursement se limite au ou aux tarifs raisonnables exigés pour un seul aller-retour. Si on se déplace dans un *véhicule automobile* autre qu'un véhicule exploité sous permis pour véhiculer des passagers, le remboursement des frais de *transport* se limite alors à trente-cinq cents (0,35 \$) le kilomètre.

La somme maximale payable en vertu du présent chapitre ne peut dépasser un plafond de quinze mille dollars (15 000 \$) par suite d'un (1) seul *accident*.

Les prestations prévues par le présent chapitre sont payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'assureur au nom du contractant.

Indemnité d'identification de la dépouille

Si, par suite de la *perte de la vie* de l'assuré découlant d'une *blessure*, des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret et que les forces policières ou un autre organisme gouvernemental de même nature exigent l'identification de la dépouille, l'assureur remboursera les frais raisonnables et nécessaires de *transport* aller-retour effectivement engagés par un (1) seul *membre de la famille immédiate* ou représentant de la famille pour se rendre de sa résidence habituelle à l'endroit où se trouve la dépouille par le trajet le plus court et l'hébergement à proximité, si, au moment du décès, l'assuré ne voyageait pas accompagné d'un *membre de sa famille immédiate*. Aucun montant ne sera versé à l'égard des autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Aucune prestation ne sera versée en vertu du présent chapitre si la dépouille de l'assuré se trouve à cinquante kilomètres (50 km) ou moins de sa résidence habituelle.

Le remboursement des frais de *transport* se limite à un seul voyage aller-retour pour identifier la dépouille de l'assuré. Plusieurs moyens de *transport* peuvent être utilisés au besoin, mais le

remboursement se limite au ou aux *tarifs* raisonnables exigés pour un seul aller-retour. Si on se déplace dans un *véhicule automobile* autre qu'un véhicule exploité sous permis pour véhiculer des passagers, le remboursement des frais de *transport* se limite alors à trente-cinq cents (0,35 \$) le kilomètre.

La somme maximale payable en vertu du présent chapitre ne peut dépasser un plafond de quinze mille dollars (15 000 \$) par suite d'un (1) seul *accident*.

Les prestations prévues par le présent chapitre sont payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité de décès simultanés

Si vous et votre *conjoint* assuré décédez des suites d'une *blessure* et que des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret en raison d'un même *accident*, l'indemnité en cas de *perte de la vie* de votre *conjoint* assuré est majorée jusqu'à concurrence de votre *capital assuré*. Toutefois, la somme totale payable en vertu de la *police* ne peut dépasser globalement un million de dollars (1 000 000 \$).

Indemnité de port de la ceinture de sécurité

Si, par suite d'une *perte accidentelle* subie par l'*assuré* et découlant d'une *blessure* alors qu'il se trouve à bord d'un *véhicule automobile* à titre de conducteur ou de passager et que sa *ceinture de sécurité* est bien attachée au moment de l'*accident*, des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret, l'*assureur* versera une somme supplémentaire correspondant à dix pour cent (10 %) du montant payable en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret, sous réserve toutefois d'un maximum de cinquante mille dollars (50 000 \$).

Au moment de l'*accident*, le conducteur du *véhicule automobile* doit avoir un permis en règle lui permettant de conduire le type de véhicule en cause, et ne pas être *sous l'influence de l'alcool ou de drogues*.

Une preuve du port de la *ceinture de sécurité* que l'*assureur* juge satisfaisante doit être présentée avec la preuve écrite de la perte.

Indemnité d'aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule

Si, par suite d'une des *pertes accidentelles* suivantes subies par l'*assuré* et découlant d'une *blessure* :

- (1) *perte* des deux pieds ou des deux jambes; ou
- (2) *perte de l'usage* des deux pieds ou des deux jambes; ou
- (3) *quadriplégie, paraplégie* ou *hémiplégie*,

des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret et que l'*assuré* ne peut se déplacer qu'en fauteuil roulant en raison de cette perte, l'*assureur* s'engage à rembourser les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par l'*assuré* dans les trois (3) années qui suivent la *perte* pour les travaux d'aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule comme il est prévu dans le présent chapitre.

Pour donner droit aux prestations en vertu du présent chapitre, l'aménagement doit permettre à l'*assuré* d'avoir accès à sa résidence ou à son véhicule en fauteuil roulant et doit être approuvé, si la loi l'exige, par les autorités chargées de la délivrance des permis.

La somme maximale payable en vertu du présent chapitre par l'*assureur* se limite à quinze mille dollars (15 000 \$) pour un (1) seul *accident*.

Le montant payable en vertu du présent chapitre est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'*assureur* au nom du *contractant*.

Indemnité hospitalière

Si, par suite d'une *perte accidentelle* subie par l'*assuré* et découlant d'une *blessure*, des prestations sont payables en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret et que l'*assuré* doit séjourner à l'*hôpital* à cause de la *blessure* et recevoir les *soins et suivi normaux* d'un *médecin* pendant au moins quatre (4) jours consécutifs, l'*assureur* versera une *indemnité quotidienne*, à la condition toutefois que la *période d'hospitalisation* soit nécessaire au traitement de la *blessure*. Cette *indemnité quotidienne* est versée à compter du premier (1^{er}) *jour d'hospitalisation*, jusqu'à un maximum de trois cent soixante-cinq (365) jours par *accident*.

Par dérogation à toute stipulation contraire de la *police*, une *période d'hospitalisation* nécessaire au traitement d'une *blessure* ayant entraîné une *perte accidentelle* est couverte aux termes du présent chapitre pourvu qu'elle commence :

- (1) au cours des trois cent soixante-cinq (365) jours suivant l'*accident* à l'origine de la *blessure*; et
- (2) pendant que la couverture individuelle de l'*assuré* aux termes de la *police* est en vigueur.

Cette *indemnité quotidienne* sera calculée à compter du premier (1^{er}) *jour d'hospitalisation*, à la condition que l'*assuré* soit hospitalisé pendant au moins quatre (4) jours consécutifs.

Dans le cas de toutes les *blessures* de l'*assuré* résultant d'un (1) seul *accident*, une seule *période d'hospitalisation* est payable.

Assurance aviation

L'assurance offerte par la Police couvre toute perte découlant d'une Blessure subie par l'Assuré dans les circonstances décrites ci-après et en raison de celles-ci :

- a) Tout voyage à titre de passager, et non en qualité de membre de l'équipage, notamment le pilote, à bord d'un aéronef dont le certificat de navigabilité est en règle et qui est piloté par une personne possédant un brevet de pilote en règle correspondant au type d'aéronef.
- b) Tout voyage à titre de passager, et non en qualité de membre de l'équipage, notamment le pilote, à bord d'un aéronef exploité par les Forces armées canadiennes ou par les forces armées d'une autorité gouvernementale dûment constituée de tout autre pays reconnu.
- c) L'embarquement dans un aéronef, la descente d'un aéronef ou le heurt par un aéronef.

La Police ne couvre pas les Blessures subies à l'occasion d'un voyage à bord d'un aéronef appartenant au Contractant ou encore exploité, loué ou nolisé par lui ou en son nom.

Couverture pour exposition aux éléments et disparition

Si l'*assuré* est inévitablement exposé aux éléments et que, en conséquence directe, il subit une *perte accidentelle* qui aurait donné droit à des prestations en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret si la perte avait été causée par un *accident*, l'*assureur* paiera le montant prévu au chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret pour cette perte.

Si l'*assuré* n'est pas retrouvé dans l'année qui suit la disparition, le naufrage ou la destruction du véhicule à bord duquel il se trouvait à ce moment-là et dans des circonstances qui seraient normalement couvertes en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle », on présumera la *perte de la vie* de l'*assuré* par suite d'une *blessure* au moment de la disparition, du naufrage ou de la destruction.

Indemnité de lésion cérébrale

Si, par suite d'une *blessure*, l'*assuré* subit une *lésion cérébrale*, l'*assureur* versera le *capital assuré*, déduction faite de tout autre montant payé ou payable en vertu du chapitre « Prestations en cas de perte accidentelle » du présent livret en raison de l'*accident* en question, à la condition que :

- (1) La *lésion cérébrale* survienne dans les cent vingt (120) jours suivant l'*accident*; et
- (2) La *lésion cérébrale* nécessite l'hospitalisation de l'*assuré* pendant au moins sept (7) des cent vingt (120) jours suivant la *blessure*; et
- (3) Un *médecin* détermine, à la satisfaction de l'*assureur*, que l'*assuré* a démontré des signes de *lésion cérébrale* pendant au moins six (6) mois consécutifs.

Extension de couverture

Votre couverture individuelle en vertu de la *police* sera maintenue en vigueur pour une période allant jusqu'à douze (12) mois lorsque le *contractant* met fin à votre emploi si ce maintien en vigueur de l'assurance est exigé par une loi provinciale ou fédérale applicable en matière d'emploi ou par une convention d'indemnité de départ reçue par vous de la part du *contractant* et que le paiement des primes se poursuit. Dans ces conditions, la couverture individuelle à l'égard de votre *conjoint* assuré et/ou vos *enfants à charge* assurés se poursuivra également, à la condition que le paiement des primes se poursuive.

Cette extension de couverture prend fin à 0 h 01, heure normale, le premier (1^{er}) jour du mois suivant la fin de la période de douze (12) mois ou la date à laquelle vous retournez au travail à tout titre, selon la première de ces éventualités.

L'extension de couverture pour des périodes de plus de douze (12) mois peut être octroyée, sous réserve d'une demande écrite soumise par le *contractant* à l'*assureur*.

La couverture fournie en raison de l'extension aux termes du présent chapitre est sous réserve des conditions de la *police* qui s'appliquent à la date de la cessation d'emploi, y compris toute disposition prévoyant la réduction du montant d'assurance.

Nonobstant toute stipulation contraire de la *police*, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant le maintien en vigueur de la couverture en vertu du présent chapitre ne peut en aucun cas dépasser le montant qui vous aurait été payable à la date de la cessation d'emploi.

Extension de couverture lors d'une absence autorisée

La couverture individuelle en vertu de la *police* sera maintenue en vigueur pour vous et votre *conjoint* assuré et/ou vos *enfants à charge* assurés pendant :

- votre absence autorisée;
- votre mise à pied temporaire;

- votre congé de maternité/parental; ou
- votre congé pour invalidité,
- pourvu que le paiement de la prime se poursuive.

Le maintien en vigueur de la couverture prend fin à 0 h 01, heure normale :

- (1) à l'égard de toute absence autorisée par le *contractant*, le premier (1^{er}) jour du mois suivant la fin d'une période de douze (12) mois ayant commencé à la date à laquelle cette absence autorisée a débuté ou à la date à laquelle vous retournez au travail à tout titre pour le *contractant* ou un autre employeur, y compris un travail autonome, selon la première de ces éventualités. Le maintien en vigueur de la couverture pour des périodes de plus de douze (12) mois peut être octroyé, sous réserve d'une demande écrite soumise par le *contractant* à l'*assureur*;
- (2) à l'égard de toute mise à pied temporaire autorisée par le *contractant*, le premier (1^{er}) jour du mois suivant la fin d'une période de six (6) mois ayant commencé à la date à laquelle cette mise à pied temporaire a débuté ou à la date à laquelle vous retournez au travail à tout titre pour le *contractant* ou un autre employeur, y compris un travail autonome, selon la première de ces éventualités. Le maintien en vigueur de la couverture pour des périodes de plus de six (6) mois peut être octroyé, sous réserve d'une demande écrite soumise par le *contractant* à l'*assureur*;
- (3) à l'égard d'une grève, le trente et unième (31^e) jour suivant le début de la grève;
- (4) à l'égard d'un congé de maternité/parental autorisé par le *contractant*, à la date à laquelle vous retournez au travail à tout titre pour le *contractant* ou un autre employeur, y compris un travail autonome; et
- (5) à l'égard d'une absence pour invalidité autorisée par le *contractant*, à la date à laquelle vous atteignez l'âge de soixante-dix (70) ans, êtes admissible à une exonération de primes ou retournez au travail à tout titre, selon la première de ces éventualités.

La couverture fournie en raison du maintien en vigueur aux termes du présent chapitre est sous réserve des conditions de la *police* qui s'appliquent au début de l'absence, y compris toute disposition prévoyant la réduction du montant d'assurance.

Nonobstant toute stipulation contraire de la *police*, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant le maintien en vigueur de la couverture individuelle aux termes du présent chapitre ne peut en aucun cas dépasser le montant qui aurait été payable à l'*assuré* au début de votre absence.

Exonération de primes

Lorsque, en vertu de la disposition d'exonération de primes du régime de base d'assurance-vie collective du *contractant*, votre assurance vie est étendue par suite d'une invalidité totale découlant d'une *maladie* ou *affection*, d'une *maladie* ou *affection* liée à la grossesse, d'une *blessure* ou d'un *accident*, la couverture prévue par la *police* est également étendue et l'exonération de primes entre en jeu. Les primes à l'égard de votre *conjoint* assuré et de vos *enfants à charge* assurés, s'il y a lieu, font également l'objet d'une exonération si vos primes font l'objet d'une exonération.

L'exonération de primes cesse à la plus rapprochée des dates suivantes :

- (a) la date de la résiliation de la *police*; ou
- (b) la date à laquelle vous atteignez l'âge de soixante-dix (70) ans; ou
- (c) la date de la cessation de votre invalidité totale; ou
- (d) la date à laquelle vous omettez de fournir une preuve jugée satisfaisante par l'*assureur* de la persistance de l'*invalidité totale* dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la demande de cette preuve ou refusez de vous soumettre à un examen médical demandé par l'*assureur*.

La couverture étendue en vertu du présent chapitre est sous réserve des conditions de la *police* qui s'appliquent avant le début de l'invalidité totale, y compris toute disposition prévoyant la réduction du montant d'assurance ou d'une indemnité.

Nonobstant toute stipulation contraire de la *police*, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant le maintien en vigueur de la couverture en vertu du présent chapitre ne peut en aucun cas dépasser le montant qui aurait été payable, s'il y a lieu, à l'*assuré* avant le début de votre invalidité totale.

L'*assureur* a le droit de demander, raisonnablement, une attestation de l'invalidité totale ou de sa persistance. Ne pas lui remettre d'attestation peut entraîner la fin de l'exonération de primes.

Transformation en un contrat d'assurance individuelle

Si votre couverture prend fin en raison d'un des motifs suivants :

- (a) vous cessez d'être un *employé* actif du *contractant* en raison d'une démission, d'un congédiement, de votre retraite ou de votre non-retour au travail à la fin d'une invalidité totale; ou
- (b) vous n'êtes plus une personne admissible aux termes de la *police*; ou
- (c) la période d'extension de votre couverture comme elle est prévue au chapitre « Extension de couverture » du présent livret prend fin,

et que vous n'avez pas encore atteint l'âge de soixante-dix (70) ans, vous pouvez remettre une demande écrite à l'*assureur* dans les trente et un (31) jours de la résiliation afin d'obtenir une police individuelle d'assurance contre les accidents. À la réception de cette demande, l'*assureur* émet, sans preuve d'assurabilité, une police individuelle d'assurance contre les accidents à la personne qui a fait la demande.

Cependant, la transformation n'est pas possible si la *police* est résiliée au moment de la demande.

Les prestations prévues sont énoncées dans un avenant relatif aux prestations en cas de perte accidentelle disponible auprès de l'*assureur* au moment de la transformation, et le montant à transformer ne peut dépasser le plus petit des montants suivants :

- (a) le montant de l'assurance en vigueur à la date de résiliation; ou
- (b) un plafond de deux cent cinquante mille dollars (250 000 \$) pour toutes les transformations.

La prime de la police individuelle d'assurance contre les accidents établie conformément à ce qui précède est calculée selon le tarif établi par l'*assureur*, d'après votre âge à la date de transformation. La police individuelle d'assurance contre les accidents est renouvelable annuellement et la prime annuelle est payable par anticipation.

Paiement des primes

Les primes de votre assurance sont entièrement payées par vous, au moyen d'une retenue sur votre paie.

Paiement des prestations et bénéficiaires

Les prestations pour votre *perte de la vie* sont payables au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par écrit sur votre plus récente carte d'adhésion ou de désignation de bénéficiaire de l'*employé* assuré conservée dans les archives du *contractant*; en l'absence de désignation, elles sont versées à vos ayants droit. Toutes les autres prestations, y compris les prestations payables pour votre *conjoint* assuré et/ou vos *enfants à charge* assurés, vous sont versées, à l'exception des prestations payables en vertu des chapitres suivants du présent livret, qui sont versées à la personne qui a effectivement encouru les frais donnant lieu aux prestations :

- Indemnité de rapatriement
- Indemnité d'études
- Indemnité de garde d'enfants
- Indemnité de modification du lieu de travail et d'adaptation

- Indemnité de formation professionnelle
- Indemnité de déplacement pour raisons familiales
- Indemnité d'identification de la dépouille
- Indemnité d'aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule

Montant global d'indemnisation

Le montant global d'indemnisation de l'*assureur* pour toutes les prestations payables en raison d'un (1) seul *accident* est le montant stipulé à l'article 4 de la proposition-cadre. Si ce montant ne suffit pas à couvrir le plein montant de l'indemnité auquel a droit chaque *assuré*, la somme alors payable à chaque *assuré* correspondra au rapport entre le montant global d'indemnisation pour un (1) seul *accident* et la somme globale des prestations qui auraient été payables, sans tenir compte du montant global d'indemnisation.

Le présent chapitre ne s'applique qu'aux prestations payables en vertu des chapitres suivants :

- Prestation en cas de perte accidentelle
- Majoration des prestations pour enfants
- Indemnité d'invalidité totale permanente
- Indemnité de lésion cérébrale

Exclusions

Aucune prestation ne sera versée en cas de *perte*, mortelle ou non, causée principalement ou accessoirement par ce qui suit :

- les blessures volontaires, le suicide ou la tentative de suicide, que l'*assuré* ait été sain d'esprit ou non;
- la guerre, déclarée ou non, et que l'*assuré* y ait participé réellement ou non;
- un mouvement populaire, une émeute, une insurrection, un conflit armé auquel l'*assuré* a participé;
- le service de l'*assuré* à titre de combattant ou de non-combattant dans les forces armées d'un pays;
- le voyage de l'*assuré* à titre de passager ou autre à bord d'un véhicule ou d'un appareil de navigation aérienne, sauf ce qui est prévu au chapitre « Assurance aviation » du présent livret;
- les soins médicaux ou les interventions chirurgicales à l'égard de l'*assuré*, sauf s'ils sont consécutifs à un *accident*.

LORS D'UN SINISTRE

Déclaration de sinistre

La déclaration écrite de la *blessure* faisant l'objet d'une demande de règlement doit être remise à l'*assureur* au plus tard trente (30) jours après l'*accident* à l'origine de la *blessure*.

Une telle déclaration doit être remise par écrit par l'*assuré*, le bénéficiaire ou la personne qui a droit à la prestation en vertu de la *police*, selon le cas, ou en leur nom, au 2020, rue University, bureau 1800, Montréal (Québec), H3A 2A5, à un de ses bureaux régionaux ou à un de ses mandataires autorisés et accompagnée des renseignements permettant d'identifier l'*assuré* dont la perte constitue le fondement de cette déclaration.

La non-présentation de la déclaration dans le délai imparti dans la *police* n'invalide pas la demande de règlement s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de le faire et que la déclaration a été présentée dès que possible, mais dans tous les cas pas plus d'un (1) an après l'*accident*.

Formulaires de demande de règlement

Dès réception de la déclaration de sinistre, l'*assureur* accepte de remettre au demandeur les formulaires habituels de demande de règlement. Le demandeur qui, au bout de quinze (15) jours, n'a pas reçu ces formulaires est réputé s'être conformé aux exigences de la *police* à l'égard de la preuve de sinistre s'il soumet, dans le délai imparti dans la *police*, les preuves écrites du sinistre exposant les circonstances, la nature et l'étendue de la perte qui fait l'objet de la demande de règlement.

Preuve de sinistre

La preuve écrite du sinistre doit être remise à l'*assureur* au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours après l'*accident* à l'origine du sinistre. La non-présentation de la preuve, dans le délai imparti, n'invalide pas la demande de règlement s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de le faire et que la déclaration a été présentée dès que possible, mais dans tous les cas pas plus d'un (1) an après l'*accident*.

Examen physique et autopsie

Tant que la demande de règlement est en cours de validation, l'*assureur* se réserve le droit de faire subir à l'*assuré* un examen physique toutes les fois qu'il le juge opportun, sous réserve toutefois qu'il en acquitte les frais. Il peut aussi exiger une autopsie en cas de décès, lorsque la loi le permet.

Versement des prestations

Toutes les prestations payables en vertu de la *police* sont réglées dès que l'*assureur* reçoit une preuve de sinistre qu'il juge suffisante et qui se conforme aux exigences de la *police*. À l'égard des *assurés* du *contractant* pour qui les primes sont payées en dollars canadiens, toutes les sommes payables aux termes de la *police* le sont dans la monnaie légale du Canada. À l'égard des *assurés* du *contractant* pour qui les primes sont payées en dollars américains, toutes les sommes payables aux termes de la *police* le sont dans la monnaie légale des États-Unis.

Action contre l'assureur

Pour qu'une action en demande de règlement au titre de la *police* puisse être intentée par l'*assuré*, il faut respecter les deux délais ci-après : un délai minimal de soixante (60) jours calculé à partir de la remise à l'*assureur* d'une preuve de sinistre, remise qui se conforme aux exigences de la *police*, et un délai maximal d'un (1) an [trois (3) ans dans la province de Québec].

FOIRE AUX QUESTIONS

1. Qui est admissible à la couverture Décès et Mutation Accidentels ?

Le régime d'assurance Décès et Mutilation Accidentels est offert aux *employés* du *contractant* et leurs personnes à charge (*conjoint* et *enfants à charge*).

Classe I :

Tous les employés syndiqués et tous les employés non-syndiqués résident au Canada qui ont choisi la protection individuelle.

Classe II :

Tous les employés syndiqués et tous les employés non-syndiqués résident au Canada qui ont choisi la protection familiale.

Votre *conjoint* est admissible s'il est âgé de moins de soixante-dix (70) ans et s'il répond à la définition de *conjoint* tel que stipulé au chapitre « Définitions — pour une meilleure compréhension du présent livret ».

Tous vos enfants qui répondent à la définition de *enfants à charge* telle que stipulée au chapitre « Définitions — pour une meilleure compréhension du présent livret » sont également admissibles.

Remarque : Si vous êtes légalement marié, mais vous cohabitez avec une autre personne, veuillez vous reporter à la définition de *conjoint* pour de plus amples renseignements.

2. Quand est-ce que la couverture entre en vigueur?

À l'égard de l'*employé* qui remplit et soumet une fiche d'adhésion ou pour qui une fiche d'adhésion fut remplie et soumise pour lui ou qui effectue une adhésion en ligne :

- à la date d'entrée en vigueur de la *police* ou avant celle-ci;
- après la date d'entrée en vigueur de la *police*, le 1^{er} du mois qui coïncide ou qui suit la date à laquelle la fiche d'adhésion est reçue par le *contractant*;

À l'égard du *conjoint* et/ou l'*enfant à charge* :

- à la date d'entrée en vigueur de votre couverture;
- à la date votre *conjoint* et/ou *enfant à charge* devient admissible si admissible après la date d'entrée en vigueur de votre couverture.

3. Qui reçoit le *capital assuré* lors du décès de l'*assuré*?

Le *capital assure* est payable au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par écrit sur votre plus récente carte d'adhésion ou de désignation de bénéficiaire conservée soit dans les archives de Cascade Canada ULC ou soit chez votre Administrateur de programme, ou en l'absence de désignation, le *capital assuré* sera versé à vos ayants droit.

4. Qui peut changer le bénéficiaire et comment effectuer un tel changement?

Vous pouvez changer votre ou vos bénéficiaire(s) désigné(s). Veuillez contacter votre service des Ressources humaines pour plus des détails.

5. Comment les primes sont-elles payées?

Les primes de votre assurance sont entièrement payées par vous, au moyen d'une retenue sur votre paie.

6. Les prestations des indemnités Décès et Mutilation Accidentels et le *capital assuré* sont-ils imposables?

Non, les prestations des indemnités Décès et Mutilation Accidentels et le *capital assuré* ne sont pas imposables.

7. Comment dois-je faire pour présenter une réclamation?

La marche à suivre pour présenter une réclamation est très simple.

Vous devez aviser soit Les Entreprises Rolland inc. ou soit votre Administrateur de programme par écrit ou verbalement de votre réclamation, dès que vous subissez la *blessure* faisant l'objet de la réclamation étant donné que l'*assureur* doit être avisé par écrit au plus tard trente (30) jours après l'*accident* à l'origine de la *blessure*. Si vous n'êtes pas en mesure de donner un tel avis, votre ou vos bénéficiaire(s) ou la personne qui a droit à la prestation en vertu de votre couverture peuvent aviser soit Les Entreprises Rolland inc. ou soit votre Administrateur de programme de votre part.

Sur réception de l'avis mentionné ci-haut, l'*assureur* enverra des formulaires de demande de règlement soit à Les Entreprises Rolland inc. ou soit à votre Administrateur de programme. Ces formulaires constituent la preuve écrite du sinistre et doivent être remplis et retournés à l'*assureur* au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours après l'*accident* à l'origine du sinistre.

Votre réclamation sera analysée et traitée à l'intérieur d'un délai moyen de dix (10) jours ouvrables de la date à laquelle les formulaires de demande de règlement remplis sont reçus par l'*assureur*.

8. Puis-je mettre fin à ma couverture Décès et Mutilation Accidentels?

Vous pouvez annuler votre couverture Décès et Mutilation Accidentels en tout temps en donnant un avis d'annulation au *contractant*.

9. Où puis-je obtenir des informations supplémentaires?

Vous pouvez obtenir des informations supplémentaires en communiquant avec votre service des Ressources humaines.

gardons
le
contact!



medavie.croixbleue.ca



unpasalafoismedavie.com



[@CBMedavie](https://twitter.com/CBMedavie)



[Croix Bleue Medavie](https://www.facebook.com/CroixBleueMedavie)

