



Brochure de votre régime d'assurance collective

Guillevin International Cie

Employés réguliers

Numéro de régime :
91557

Date d'effet mise à jour :
1^{er} octobre 2021

Guillevin**FLEX**

 **CROIX BLEUE**^{MC}
MEDAVIE

Nous vous souhaitons la bienvenue dans votre régime collectif

Votre couverture collective vous assure la tranquillité d'esprit et offre à vous-même et à votre famille des soins de santé qui ne sont pas inclus dans la couverture gouvernementale.

Dans le présent régime, les garanties médicaments, soins de santé complémentaire et soins dentaires sont des garanties auto-assurées par le promoteur du régime et administrées par Medavie Inc. La garantie voyage est assurée par Medavie Inc. et toutes les autres garanties sont assurées par La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada.

Medavie Inc. (aussi connue sous le nom de Croix Bleue Medavie) et La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, ensemble, seront appelées « Croix Bleue » pour faciliter la lecture.

Depuis près de 75 ans, Croix Bleue est un partenaire reconnu à l'échelle du Canada en matière de soins de santé pour les particuliers, les employeurs et les gouvernements. Aider à améliorer la santé et le bien-être des personnes et de leur collectivité est au cœur de nos objectifs.

Notre engagement à servir et à trouver des solutions novatrices, de même que notre expertise technologique, vous permettent d'avoir l'esprit tranquille. Croix Bleue est toujours là pour vous.

À propos de la brochure

La présente brochure et votre carte d'identification contiennent des renseignements importants sur votre couverture collective. Veuillez les conserver en lieu sûr pour consultation ultérieure.

La brochure résume les caractéristiques importantes de votre couverture collective. Elle est préparée à titre informatif seulement et ne constitue pas en soi une entente. Les modalités exactes du régime sont décrites dans le régime collectif détenu par votre employeur. S'il existe une divergence de termes entre la brochure et le régime collectif, le régime collectif prévaudra, dans la mesure où la loi l'autorise.



Conseil pratique

Visitez le Centre de l'adhérent au www.cbmedavie.ca

Votre brochure est divisée de la façon suivante :

- **Sommaire des garanties** : cette section décrit les éléments principaux de chaque garantie. Il est important de lire le Sommaire des garanties conjointement avec les modalités des garanties afin de bien comprendre votre couverture.
- **Modalités de la couverture** : cette section contient des renseignements importants concernant les conditions d'admissibilité à votre couverture collective. Ces modalités précisent le moment où votre couverture débute et se termine, ainsi que d'autres renseignements utiles qui vous aideront à profiter de votre couverture.
- **Droits et responsabilités en vertu du régime** : cette section énonce vos responsabilités en vertu du régime collectif (telles que votre responsabilité d'aviser votre employeur de tout changement à votre statut) ainsi que vos droits (tels que votre droit à la protection des renseignements personnels).
- **Comment soumettre une demande de règlement et obtenir de plus amples renseignements** : cette section contient des renseignements supplémentaires sur les nombreuses options qui vous sont offertes pour soumettre vos demandes de règlement et sur la façon d'obtenir de plus amples renseignements sur votre couverture.
- **Conseils pratiques** : tout au long de la présente brochure, nous fournissons des conseils utiles pour vous aider à mieux comprendre vos garanties collectives et à en profiter au maximum.

Application mobile Medavie

Soumettez une demande de règlement, accédez à une version électronique de votre carte d'identification, vérifiez votre protection, trouvez un professionnel de la santé dans votre région, et bien plus! Visitez www.medavie.croixbleue.ca/application pour obtenir plus d'information ou pour télécharger l'application.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire des garanties.....	1
Termes-clés.....	20
Modalités de la couverture	25
Exonération des primes	31
Garantie Vie de l'adhérent.....	33
Garantie Vie des personnes à charge	35
Garantie Vie facultative.....	36
Garantie Maladies graves facultative	38
Garantie Invalidité de courte durée	51
Garantie Invalidité de longue durée	55
Garantie Médicaments	60
Garantie Soins de santé complémentaires.....	66
Garantie Soins dentaires	73
Garantie Voyage	78
Compte gestion santé (CGS).....	88
Vos droits et responsabilités en vertu du régime	92
Comment soumettre une demande de règlement	96
Ressources supplémentaires.....	98

Assurance collective de base pour accidents

Pour : Guillevin International Co, Catégorie II

Numéro de police : GPA 9427605 émise par la Compagnie d'assurance AIG du Canada

Assurance collective volontaire en cas de décès ou de mutilation par accident

Pour : Guillevin International Co

Numéro de police : VOL 9427606 émise par la Compagnie d'assurance AIG du Canada

Sommaire des garanties

Garantie Vie de l'adhérent

Calcul de la prestation	2 fois le salaire annuel
Montant d'arrondissement	Au 1 000 \$ supérieur
Prestation maximale	1 000 000 \$
Maximum sans preuve d'assurabilité	1 000 000 \$
Réduction de la prestation	La prestation est réduite de 50 % à l'âge de 65 ans*
Fin de la garantie	Retraite
Exonération des primes	Oui

*À l'âge de 65 ans l'arrondissement est au 500 \$ supérieur.

Garantie Vie des personnes à charge

Montant de la prestation	
Conjoint	5 000 \$
Enfant*	2 500 \$/enfant
Fin de la garantie	À la retraite de l'adhérent
Exonération des primes	Oui

*Dès la naissance ou 28 semaines de gestation si mort-né.

Sommaire des garanties

Garantie Vie facultative

Calcul de la prestation

Maximum pour l'adhérent	Multiples de 10 000 \$ Maximum de 400 000 \$ 1 000 000 \$, maximum combiné avec le montant de la Garantie Vie de l'adhérent
Maximum pour le conjoint	Multiples de 10 000 \$ Maximum de 400 000 \$
Maximum pour l'enfant (disponible seulement si l'Adhérent ou le Conjoint est couvert par cette garantie)	Multiples de 5 000 \$ Maximum de 25 000 \$/enfant

Maximum sans preuve d'assurabilité

Adhérent	50 000 \$*
Conjoint	5 000 \$*
Enfant	Même montant que le maximum par enfant mentionné ci-dessus

Fin de la garantie

Adhérent	65 ans ou retraite
Conjoint	Lorsque l'adhérent ou le conjoint atteint l'âge de 65 ans ou à la retraite de l'adhérent
Enfant	Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans ou à sa retraite

Exonération des primes	Oui
-------------------------------	-----

*Une preuve d'assurabilité est requise pour tout montant de protection si la demande est reçue par Croix Bleue plus de 31 jours après la date à laquelle l'adhérent ou le conjoint est devenu admissible à la couverture.

Sommaire des garanties

Garantie Maladies graves facultative

Montant de la prestation	
Prestation maximale	
Adhérent	Multiples de 10 000 \$ Maximum de 250 000 \$
Conjoint	Multiples de 10 000 \$ Maximum de 250 000 \$
Enfant (disponible seulement si l'Adhérent ou le Conjoint est couvert par cette garantie)	Multiples de 10 000 \$ Maximum de 10 000 \$/enfant
Prestation partielle	10 % de la prestation maximale
Maximum sans preuve d'assurabilité	
Adhérent	50 000 \$*
Conjoint	50 000 \$*
Enfant	Même montant que le maximum par enfant mentionné ci-dessus
Nombre maximal de maladies admissibles à la prestation	Jusqu'à 2 maladies non reliées admissibles à la prestation maximale à vie 1 prestation partielle à vie pour chaque maladie grave admissible à la prestation partielle 1 maladie infantile admissible à vie
Période de survie	30 jours consécutifs, sauf indication contraire dans la définition des maladies graves admissibles
Fin de la garantie	Lorsque l'assuré reçoit 2 prestations maximales, ou lorsque l'adhérent ou le conjoint atteint l'âge de 65 ans ou à la retraite de l'adhérent, selon la première éventualité. De plus, la couverture d'un enfant prend fin lorsque la prestation pour une maladie infantile est versée.
Exonération des primes	Oui

*Une preuve d'assurabilité est requise pour tout montant de protection si la demande est reçue par Croix Bleue plus de 31 jours après la date à laquelle l'adhérent ou le conjoint est devenu admissible à la couverture.

Sommaire des garanties

Garantie Invalidité de courte durée

Montant de la prestation	70 % du revenu hebdomadaire avant le début de l'invalidité, arrondi au dollar supérieur
Prestation maximale	Aucune
Maximum sans preuve d'assurabilité	Même montant que la Prestation maximale
Délai de carence	Calculé en jours ouvrables
Hospitalisation	10 jours ouvrables
<i>Chirurgie d'un jour</i>	10 jours ouvrables
Accident*	10 jours ouvrables
Maladie	10 jours ouvrables
Durée maximale des prestations**	26 semaines
Prestations imposables	Oui
Base de paiement	Jours ouvrables
Intégration à la Commission de l'assurance-emploi du Canada (CAEC)	Non
Prestations supplémentaires de chômage (PSC)	Non
Fin de la garantie**	À la retraite

*L'invalidité totale qui commence plus de 30 jours après un accident est considérée comme une maladie.

**Lorsque la Garantie Invalidité de courte durée est enregistrée auprès de la CAEC, la durée des prestations ne peut être inférieure à la durée maximale des prestations prévues dans le Programme de réduction du taux de cotisation d'assurance-emploi.

Sommaire des garanties

Garantie Invalidité de longue durée

Montant de la prestation	66,67 % de la première tranche de 3 000 \$ du revenu mensuel avant le début de l'invalidité, plus 50 % de la tranche suivante de 3 000 \$, plus 40 % de l'excédent sans dépasser le Maximum provenant de toutes sources
Prestation maximale	16 000 \$/mois
Maximum sans preuve d'assurabilité	11 000 \$
Délai de carence	26 semaines (182 jours) ou à la fin du versement de la prestation d'invalidité de courte durée (s'il y a lieu), selon la dernière éventualité
Durée maximale des prestations	Jusqu'à 65 ans
Prestations imposables	Non
Intégration des prestations	Oui
Maximum provenant de toutes sources	85 % du revenu net avant le début de l'invalidité
Notion de propre occupation	24 mois
Indexation au coût de la vie	Aucune
Fin de la garantie	À 65 ans moins le délai de carence, ou à la retraite
Exonération des primes	Oui

Sommaire des garanties

Garantie Médicaments Option Bronze

L'option que vous choisissez s'applique aux garanties : Médicaments, Soins de santé complémentaires et Voyage.

Franchise	500 \$/assuré, maximum de 500 \$/famille par année de contrat, combinée avec la Garantie Soins de santé complémentaires
Pourcentage de remboursement	70 %*
Méthode de paiement	Paieement direct
Couverture complémentaire offerte aux assurés inscrits au régime public de la RAMQ	Oui
Provision maximale	Provision de 100 jours
Liste de médicaments	
Médicaments spécialisés à prix élevé	Liste gérée à partir de la date où elle est établie
Tous les autres médicaments admissibles	Liste régulière
Caractéristiques du programme de gestion	
Clause de substitution par un médicament moins coûteux	Substitution par un médicament générique
Stratégie de gestion des opioïdes	Incluse
Modules supplémentaires	Maximum
Systèmes de surveillance du glucose	4 000 \$/année de contrat
Gestion des maladies chroniques	500 \$/année de contrat
Injections sclérosantes	Incluses
Auxiliaires antitabagiques	500 \$ à vie
Vaccins (incluant les services d'injection, lorsque administrés par un pharmacien)	Inclus
Vitamines injectables	Incluses
Stérilets	Inclus
Diaphragmes	Inclus
Période minimale de participation	2 ans
Changement d'option	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un événement de vie
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent
Prolongation pour les survivants	6 mois

*Contribution maximale de 3 500 \$ par assuré/famille par année de contrat.

*La contribution maximale applicable aux assurés du Québec répond aux exigences minimales de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Sommaire des garanties

**Garantie Médicaments
Option Argent**

L'option que vous choisissez s'applique aux garanties : Médicaments, Soins de santé complémentaires et Voyage.

Franchise	Aucune
Pourcentage de remboursement	80 %*
Méthode de paiement	Paieement direct
Couverture complémentaire offerte aux assurés inscrits au régime public de la RAMQ	Oui
Provision maximale	Provision de 100 jours
Liste de médicaments	
Médicaments spécialisés à prix élevé	Liste gérée à partir de la date où elle est établie
Tous les autres médicaments admissibles	Liste régulière
Caractéristiques du programme de gestion	
Clause de substitution par un médicament moins coûteux	Substitution par un médicament générique
Stratégie de gestion des opioïdes	Incluse
Modules supplémentaires	Maximum
Systèmes de surveillance du glucose	4 000 \$/année de contrat
Gestion des maladies chroniques	500 \$/année de contrat
Injections sclérosantes	Incluses
Auxiliaires antitabagiques	500 \$ à vie
Vaccins (incluant les services d'injection, lorsque administrés par un pharmacien)	Inclus
Vitamines injectables	Incluses
Stérilets	Inclus
Diaphragmes	Inclus
Période minimale de participation	2 ans
Changement d'option	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un événement de vie
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent
Prolongation pour les survivants	6 mois

*Contribution maximale de 2 500 \$ par assuré/famille par année de contrat.

*La contribution maximale applicable aux assurés du Québec répond aux exigences minimales de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Sommaire des garanties

**Garantie Médicaments
Option Or**

L'option que vous choisissez s'applique aux garanties : Médicaments, Soins de santé complémentaires et Voyage.

Franchise	Aucune
Pourcentage de remboursement	90 %*
Méthode de paiement	Paiement direct
Couverture complémentaire offerte aux assurés inscrits au régime public de la RAMQ	Oui
Provision maximale	Provision de 100 jours
Liste de médicaments	
Médicaments spécialisés à prix élevé	Liste gérée à partir de la date où elle est établie
Tous les autres médicaments admissibles	Liste régulière
Caractéristiques du programme de gestion	
Clause de substitution par un médicament moins coûteux	Substitution par un médicament générique
Stratégie de gestion des opioïdes	Incluse
Modules supplémentaires	Maximum
Systèmes de surveillance du glucose	4 000 \$/année de contrat
Gestion des maladies chroniques	500 \$/année de contrat
Injections sclérosantes	Incluses
Auxiliaires antitabagiques	500 \$ à vie
Vaccins (incluant les services d'injection, lorsque administrés par un pharmacien)	Inclus
Vitamines injectables	Incluses
Stérilets	Inclus
Diaphragmes	Inclus
Période minimale de participation	2 ans
Changement d'option	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un événement de vie
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent
Prolongation pour les survivants	6 mois

*Contribution maximale de 1 500 \$ par assuré/famille par année de contrat.

*La contribution maximale applicable aux assurés du Québec répond aux exigences minimales de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires Option Bronze

L'option que vous choisissez s'applique aux garanties : Médicaments, Soins de santé complémentaires et Voyage.

Franchise				
Hospitalisation		Aucune		
Toutes les autres garanties de soins de santé complémentaires		500 \$/assuré, maximum de 500 \$/famille par année de contrat, combinée avec la Garantie Médicaments		
		Pourcentage de remboursement	Maximum	Hébergement
Hospitalisation				
Hôpital		100 %		Chambre à deux lits
Soins de convalescence/Réadaptation physique (maximum combiné)		100 %	20 \$/jour jusqu'à concurrence de 180 jours/année de contrat	Chambre à deux lits
Fournitures et services médicaux				
Service ambulancier		70 %	Inclus	
Soins infirmiers		70 %	10 000 \$/année de contrat	
Professionnels de la santé :			Maximum par année de contrat	
			Adhérent	Personnes à charge
<i>Professionnels de la santé mentale (Psychologue/Travailleur social/Conseiller-thérapeute/Psychoéducateur/Psychothérapeute)</i>		70 %	750 \$* (maximum combiné)	Non couvert
<i>Naturopathe</i>		S/O	Non couvert	Non couvert
<i>Acupuncteur</i>		S/O	Non couvert	Non couvert
<i>Ostéopathe</i>		S/O	Non couvert	Non couvert
<i>Podologue/Podiatre</i>		S/O	Non couverts	Non couvert
<i>Orthophoniste</i>		S/O	Non couvert	Non couvert
<i>Chiropraticien (inclut 1 radiographie)/ Physiothérapeute/Thérapeute du sport/Technicien en réadaptation</i>		70 %	500 \$* (maximum combiné)	Non couverts
<i>Massothérapeute/Kinothérapeute/ Orthothérapeute</i>		S/O	Non couverts	Non couverts

*Le remboursement des frais par visite se limite aux frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante.

Sommaire des garanties

**Garantie Soins de santé complémentaires
Option Bronze**

L'option que vous choisissez s'applique aux garanties : Médicaments, Soins de santé complémentaires et Voyage.

Fournitures et services médicaux	Pourcentage de remboursement	Maximum
Équipement médical*	70 %	1/mois pour la location, 1/5 années de contrat si l'achat est approuvé
Aides à la mobilité et appareils orthopédiques	70 %	Voir le texte de la garantie
Prothèses	70 %	Voir le texte de la garantie
Appareils pour personnes diabétiques	70 %	200 \$/année de contrat
Prothèses auditives	70 %	500 \$ à vie
Chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure et Orthèses plantaires fabriquées sur mesure (maximum combiné)	70 %	400 \$/année de contrat
Tests diagnostiques**	70 %	Inclus
Tests pharmacogénétiques	70 %	500 \$ à vie
Autres fournitures et services médicaux	70 %	Voir le texte de la garantie
Soins dentaires à la suite d'un accident	70 %	Évaluation préalable requise
Soins de la vue		
Examen de la vue	S/O	Non couvert
Verres/Montures/Verres de contact/Chirurgie oculaire au laser (maximum combiné)	S/O	Non couverts
Période minimale de participation	2 ans	
Changement d'option	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un événement de vie	
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent	
Prolongation pour les survivants	6 mois	

*Autorisation préalable requise.

**Les services d'imagerie diagnostique sont couverts pour les résidents du Québec seulement.

Sommaire des garanties

**Garantie Soins de santé complémentaires
Option Argent**

L'option que vous choisissez s'applique aux garanties : Médicaments, Soins de santé complémentaires et Voyage.

Franchise				
Hospitalisation		Aucune		
Toutes les autres garanties de soins de santé complémentaires		Aucune		
		Pourcentage de remboursement	Maximum	Hébergement
Hospitalisation				
Hôpital		100 %		Chambre à deux lits
Soins de convalescence/Réadaptation physique (maximum combiné)		100 %	20 \$/jour jusqu'à concurrence de 180 jours/année de contrat	Chambre à deux lits
Fournitures et services médicaux				
Service ambulancier		80 %	Inclus	
Soins infirmiers		80 %	10 000 \$/année de contrat	
Professionnels de la santé :			Maximum par année de contrat	
			Adhérent	Personnes à charge
<i>Professionnels de la santé mentale (Psychologue/Travailleur social/Conseiller-thérapeute/Psychoéducateur/Psychothérapeute)</i>	80 %		750 \$* (maximum combiné)	500 \$* (maximum combiné)
<i>Naturopathe/Acupuncteur/Ostéopathe (inclut 1 radiographie)/Podiatre/Podologue (inclut 1 radiographie)/Orthophoniste/Massothérapeute/Kinothérapeute/Orthothérapeute</i>	80 %		350 \$* (maximum combiné)	350 \$* (maximum combiné)
<i>Chiropraticien (inclut 1 radiographie)/Physiothérapeute/Thérapeute du sport/Technicien en réadaptation</i>	80 %		500 \$* (maximum combiné)	350 \$* (maximum combiné)

*Le remboursement des frais par visite se limite aux frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante.

Sommaire des garanties

**Garantie Soins de santé complémentaires
Option Argent**

L'option que vous choisissez s'applique aux garanties : Médicaments, Soins de santé complémentaires et Voyage.

Fournitures et services médicaux	Pourcentage de remboursement	Maximum
Équipement médical*	80 %	1/mois pour la location, 1/5 années de contrat si l'achat est approuvé
Aides à la mobilité et appareils orthopédiques	80 %	Voir le texte de la garantie
Prothèses	80 %	Voir le texte de la garantie
Appareils pour personnes diabétiques	80 %	200 \$/année de contrat
Prothèses auditives	80 %	500 \$ à vie
Chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure et Orthèses plantaires fabriquées sur mesure (maximum combiné)	80 %	400 \$/année de contrat
Tests diagnostiques**	80 %	Inclus
Tests pharmacogénétiques	80 %	500 \$ à vie
Autres fournitures et services médicaux	80 %	Voir le texte de la garantie
Soins dentaires à la suite d'un accident	80 %	Évaluation préalable requise
Soins de la vue		
Examen de la vue/Verres/Montures/Verres de contact/Chirurgie oculaire au laser (maximum combiné)	80 %	300 \$/24 mois consécutifs
Période minimale de participation	2 ans	
Changement d'option	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un événement de vie	
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent	
Prolongation pour les survivants	6 mois	

*Autorisation préalable requise.

**Les services d'imagerie diagnostique sont couverts pour les résidents du Québec seulement.

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires Option Or

L'option que vous choisissez s'applique aux garanties : Médicaments, Soins de santé complémentaires et Voyage.

Franchise				
Hospitalisation		Aucune		
Toutes les autres garanties de soins de santé complémentaires		Aucune		
		Pourcentage de remboursement	Maximum	Hébergement
Hospitalisation				
Hôpital		100 %		Chambre à un lit
Soins de convalescence/Réadaptation physique (maximum combiné)		100 %	20 \$/jour jusqu'à concurrence de 180 jours/année de contrat	Chambre à un lit
Fournitures et services médicaux				
Service ambulancier		90 %	Inclus	
Soins infirmiers		90 %	15 000 \$/année de contrat	
Professionnels de la santé :			Maximum par année de contrat	
			Adhérent	Personnes à charge
<i>Professionnels de la santé mentale (Psychologue/Travailleur social/Conseiller-thérapeute/Psychoéducateur/Psychothérapeute)</i>	90 %		1 000 \$* (maximum combiné)	750 \$* (maximum combiné)
<i>Naturopathe/Acupuncteur/Ostéopathe (inclut 1 radiographie)/Podologue/Podiatre (inclut 1 radiographie)/Orthophoniste/Massothérapeute/Kinothérapeute/Orthothérapeute</i>	90 %		750 \$* (maximum combiné)	750 \$* (maximum combiné)
<i>Chiropraticien (inclut 1 radiographie)/Physiothérapeute/Thérapeute du sport/Technicien en réadaptation</i>	90 %		750 \$* (maximum combiné)	500 \$* (maximum combiné)

*Le remboursement des frais par visite se limite aux frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante.

Sommaire des garanties

**Garantie Soins de santé complémentaires
Option Or**

L'option que vous choisissez s'applique aux garanties : Médicaments, Soins de santé complémentaires et Voyage.

Fournitures et services médicaux	Pourcentage de remboursement	Maximum
Équipement médical*	90 %	1/mois pour la location, 1/5 années de contrat si l'achat est approuvé
Aides à la mobilité et appareils orthopédiques	90 %	Voir le texte de la garantie
Prothèses	90 %	Voir le texte de la garantie
Appareils pour personnes diabétiques	90 %	200 \$/année de contrat
Prothèses auditives	90 %	500 \$ à vie
Chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure et Orthèses plantaires fabriquées sur mesure (maximum combiné)	90 %	400 \$/année de contrat
Tests diagnostiques**	90 %	Inclus
Tests pharmacogénétiques	90 %	500 \$ à vie
Autres fournitures et services médicaux	90 %	Voir le texte de la garantie
Soins dentaires à la suite d'un accident	90 %	Évaluation préalable requise
Soins de la vue		
Examen de la vue/Verres/Montures/Verres de contact/Chirurgie oculaire au laser (maximum combiné)	90 %	500 \$/24 mois consécutifs
Période minimale de participation	2 ans	
Changement d'option	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un événement de vie	
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent	
Prolongation pour les survivants	6 mois	

*Autorisation préalable requise.

**Les services d'imagerie diagnostique sont couverts pour les résidents du Québec seulement.

Sommaire des garanties

**Garantie Soins dentaires
Option Bronze**

Franchise	Aucune	
Guide des tarifs	Année courante / Province du fournisseur (Les honoraires des spécialistes sont remboursés jusqu'au taux des généralistes)	
	Pourcentage de remboursement	Maximum
Soins préventifs	70 %	700 \$/année de contrat combiné avec les soins de base
Examens et diagnostic		
<i>Examens de rappel</i>		1/9 mois consécutifs
Services préventifs		
<i>Polissage des dents</i>		1/9 mois consécutifs
<i>Traitement au fluorure</i>		1/9 mois consécutifs
<i>Détartrage</i>		8 unités/12 mois consécutifs (combiné avec le surfaçage radiculaire)
Soins de base	70 %	700 \$/année de contrat combiné avec les soins préventifs
Endodontie	50 %	Incluse
Parodontie	50 %	Incluse
<i>Surfaçage radiculaire</i>		8 unités/12 mois consécutifs (combiné avec le détartrage)
Soins de restauration majeure	S/O	Non couverts
Restauration et prothèses		Non couverts
<i>Implants</i>		Non couverts
<i>Restaurations sur implants</i>		Non couverts
Soins orthodontiques	S/O	Non couverts
Application de la solution de rechange la moins coûteuse	Sans objet	
Période minimale de participation	2 ans	
Changement d'option	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un événement de vie	
Fin de la garantie	70 ans ou à la retraite de l'adhérent	
Prolongation pour les survivants	6 mois	

Sommaire des garanties

**Garantie Soins dentaires
Option Argent**

Franchise	Aucune	
Guide des tarifs	Année courante / Province du fournisseur (Les honoraires des spécialistes sont remboursés jusqu'au taux des généralistes)	
	Pourcentage de remboursement	Maximum
Soins préventifs	80 %	1 200 \$/année de contrat combiné avec les soins de base et les soins de restauration majeure
Examens et diagnostic		
<i>Examens de rappel</i>		1/9 mois consécutifs
Services préventifs		
<i>Polissage des dents</i>		1/9 mois consécutifs
<i>Traitement au fluorure</i>		1/9 mois consécutifs
<i>Détartrage</i>		8 unités/12 mois consécutifs (combiné avec le surfaçage radiculaire)
Soins de base	80 %	1 200 \$/année de contrat combiné avec les soins préventifs et les soins de restauration majeure
Endodontie	80 %	Incluse
Parodontie	80 %	Incluse
<i>Surfaçage radiculaire</i>		8 unités/12 mois consécutifs (combiné avec le détartrage)
Soins de restauration majeure	50 %	1 200 \$/année de contrat combiné avec les soins préventifs et les soins de base
Restauration et prothèses		Voir le texte de la garantie
<i>Implants</i>		1 par dent/10 années de contrat
<i>Restaurations sur implants</i>		1 par dent/10 années de contrat
Soins orthodontiques	S/O	Non couverts
Application de la solution de rechange la moins coûteuse	Incrustations et couronnes Ponts	
Période minimale de participation	2 ans	
Changement d'option	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un événement de vie	
Fin de la garantie	70 ans ou à la retraite de l'adhérent	
Prolongation pour les survivants	6 mois	

Sommaire des garanties

**Garantie Soins dentaires
Option Or**

Franchise	Aucune	
Guide des tarifs	Année courante / Province du fournisseur (Les honoraires des spécialistes sont remboursés jusqu'au taux des généralistes)	
	Pourcentage de remboursement	Maximum
Soins préventifs	90 %	2 000 \$/année de contrat combiné avec les soins de base et les soins de restauration majeure
Examens et diagnostic		
<i>Examens de rappel</i>		1/9 mois consécutifs
Services préventifs		
<i>Polissage des dents</i>		1/9 mois consécutifs
<i>Traitement au fluorure</i>		1/9 mois consécutifs
<i>Détartrage</i>		8 unités/12 mois consécutifs (combiné avec le surfaçage radiculaire)
Soins de base	90 %	2 000 \$/année de contrat combiné avec les soins préventifs et les soins de restauration majeure
Endodontie	90 %	Incluse
Parodontie	90 %	Incluse
<i>Surfaçage radiculaire</i>		8 unités/12 mois consécutifs (combiné avec le détartrage)
Soins de restauration majeure	60 %	2 000 \$/année de contrat combiné avec les soins préventifs et les soins de base
Restauration et prothèses		Voir le texte de la garantie
<i>Implants</i>		1 par dent/10 années de contrat
<i>Restaurations sur implants</i>		1 par dent/10 années de contrat
Soins orthodontiques	50 %	2 000 \$ à vie (enfants seulement)
Application de la solution de rechange la moins coûteuse	Incrustations et couronnes Ponts	
Période minimale de participation	2 ans	
Changement d'option	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un événement de vie	
Fin de la garantie	70 ans ou à la retraite de l'adhérent	
Prolongation pour les survivants	6 mois	

Sommaire des garanties

Garantie Voyage
Toutes les options (Bronze, Argent et Or)

Franchise	Aucune
Pourcentage de remboursement	100 %
Durée de la protection*	
Moins de 75 ans	Les 180 premiers jours du voyage à l'extérieur de la province de résidence
75 ans et plus	Les 60 premiers jours du voyage à l'extérieur de la province de résidence
	Maximum
Garantie Médico-hospitalière d'urgence	2 000 000 \$ par assuré par événement**
Assistance voyage	Oui
Patients dirigés hors Canada***	500 000 \$ par assuré, à vie
Garantie Annulation et interruption de voyage	5 000 \$/assuré/voyage
Garantie Bagages	500 \$/assuré/voyage
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent
Prolongation pour les survivants	6 mois

*La durée de la protection est déterminée par rapport à l'âge de l'assuré à la date du départ.

**Événement : Une occurrence isolée de cas d'urgence.

***Autorisation préalable requise.

Sommaire des garanties

Compte gestion santé (CGS)

Administration du régime	Remboursement sur demande (les crédits seront utilisés pour rembourser les demandes de règlement à même le CGS, si précisé par l'adhérent)
Fréquence d'allocation des crédits	Annuelle
Détails	
Année de mise en vigueur du CGS	Du 1 ^{er} août 2021 au 30 juin 2022
Années subséquentes du CGS	Du 1 ^{er} juillet au 30 juin
Type de CGS	Report des crédits
Couverture des personnes à charge de l'ARC	Oui
Délai de grâce	
Employés actifs	90 jours
Employés dont le CGS a pris fin	90 jours
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent

Vous et vos personnes à charge

Tout au long de la brochure, nous utilisons quelques termes-clés lorsque nous faisons référence à vous et à vos personnes à charge :

- Employé, adhérent et assuré font référence à vous-même;
- Personne à charge, conjoint, enfant et assuré font référence à vos personnes à charge.

Employé : Une personne qui :

- réside au Canada; et
- est au service de l'employeur à raison d'un minimum de 20 heures de travail par semaine.

Adhérent : Un employé qui est admissible à la couverture et qui est accepté par Croix Bleue.

Personne à charge : Le conjoint ou l'enfant de l'adhérent.

Conjoint : Une personne qui :

- est domiciliée au Canada; et
- répond à un des critères suivants :
 - est légalement mariée à l'adhérent;
 - est unie civilement à l'adhérent, selon la définition du Code civil du Québec; ou
 - réside avec lui depuis au moins une année entière en tant que conjoint de fait. Toutefois, lorsque la législation provinciale l'exige, la période précitée n'est pas applicable si un enfant est né de cette union.

Le conjoint doit être désigné par l'adhérent sur son formulaire d'adhésion. En tout temps, une seule personne peut être couverte en tant que conjoint de l'adhérent.

Enfant : Une personne qui :

- est domiciliée au Canada;
- est un enfant naturel ou adopté de l'adhérent ou de son conjoint ou un enfant dont l'adhérent ou son conjoint est le tuteur légal avec autorité parentale;
- dépend financièrement de l'adhérent ou de son conjoint pour son soutien et ses besoins;
- est célibataire; et
- répond à un des critères suivants :
 - a) est âgé de moins de 22 ans;
 - b) est âgé de moins de 26 ans et fréquente à temps plein un établissement d'enseignement reconnu, un collège ou une université; ou
 - c) souffre d'une déficience physique ou mentale survenue alors qu'il était un enfant selon les critères a) ou b) ci-dessus et qu'il est demeuré continuellement déficient depuis ce temps.

Pour les besoins de la présente définition, un enfant est considéré comme souffrant d'une déficience physique ou mentale s'il est incapable d'exercer une activité lucrative lui permettant de subvenir à ses propres besoins et s'il dépend financièrement de l'adhérent ou de son conjoint pour son soutien. Croix Bleue peut demander que des preuves écrites démontrant la déficience lui soient fournies par écrit, aussi souvent que raisonnablement nécessaire.

Assuré : L'adhérent ou l'une de ses personnes à charge, qui sont couverts en vertu du régime.



Conseil pratique

Vous êtes responsable d'inscrire vos personnes à charge au régime lorsqu'elles y deviennent admissibles.

De plus, vous êtes responsable de les désinscrire lorsqu'elles ne répondent plus aux définitions énoncées ci-contre.

Vous pouvez mettre à jour votre statut familial ou celui de vos personnes à charge directement en ligne dans votre compte à l'adresse suivante :

<https://app.connect.medavie.bluecross.ca/Guillevin>



Conseil pratique

En vertu du contrat, l'adhérent, le conjoint et l'enfant sont tous des assurés.

Année de contrat : La première année de régime commencera le 1^{er} août 2021 et se terminera le 30 juin 2022. Et à compter du 1^{er} juillet 2022, la période commençant le premier jour du mois de juillet d'une année donnée et se terminant le dernier jour du mois de juin l'année suivante.

Autres termes importants

Accident : Un événement soudain, fortuit et imprévisible qui :

- est de nature violente;
- est dû uniquement à une cause externe;
- cause, directement et indépendamment de toute autre cause, des blessures corporelles à un assuré; et
- est non intentionnel de la part de l'assuré.

La blessure corporelle doit être attestée par un médecin.

Activités de la vie quotidienne : Les 6 activités suivantes :

- se laver : se laver dans une baignoire, sous la douche ou avec un gant de toilette;
- se vêtir : mettre ou retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux;
- se servir des toilettes : aller aux toilettes et en revenir, et assurer son hygiène personnelle complète;
- être continent : gérer les fonctions urinaires et intestinales avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver son hygiène personnelle;
- se mouvoir : se lever du lit, se coucher, s'asseoir et se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant; et
- se nourrir : consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies.

Effectivement au travail : Un employé est effectivement au travail pour un jour donné s'il se présente à son lieu habituel de travail et est capable d'exercer toutes les tâches habituelles reliées à son travail, selon son horaire de travail régulier.

Si l'employé n'a pas à se rendre au travail, pour un jour donné, en raison d'un jour férié, d'une variation d'horaire, d'une journée de vacances ou d'un jour de fin de semaine, il est considéré comme étant effectivement au travail si, ce jour-là, il pouvait se présenter à son lieu habituel de travail et accomplir les tâches habituelles reliées à son travail.

Événement de la vie : Une situation résultant de l'un des événements suivants, et qui permet à l'adhérent d'apporter des modifications à sa couverture :

- mariage ou union de fait;
- naissance ou adoption d'un enfant;
- divorce ou séparation légale;
- la couverture de l'adhérent ou de sa personne à charge auprès d'un autre assureur prend fin pour des raisons qui échappent à leur contrôle;
- lorsque le conjoint ou un des enfants à charge cesse de répondre à la définition de personne à charge admissible; ou
- décès d'une personne à charge.

Une preuve d'assurabilité est requise pour toute demande reçue plus de 31 jours après la date à laquelle est survenu l'événement de la vie.

Expérimental ou aux fins de recherche : Traitement, procédure, équipement, établissement, médicament ou utilisation d'un médicament qui, de l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux :

- ne sont pas médicalement nécessaires; ou
- pour lesquels il manque des études publiées démontrant leur efficacité et leur sécurité pour le patient, pour une condition donnée; ou
- ne sont pas reconnus comme une norme de soins dans les directives de prescription ou les protocoles d'établissement des pratiques en vigueur.



Conseil pratique

L'une des conditions d'admissibilité à la couverture en vertu du régime est que vous soyez effectivement au travail.

Fournisseur approuvé : Un fournisseur de services ou de fournitures de soins de santé qui est approuvé par Croix Bleue afin de fournir des services ou des fournitures spécifiques faisant partie des frais admissibles.

Franchise : La partie des frais admissibles qui doit être payée par l'assuré avant que Croix Bleue n'effectue un paiement quelconque.

La Franchise s'applique par médicament prescrit ou année de contrat, selon ce qui est mentionné dans le Sommaire des garanties. Toutefois, les frais admissibles engagés au cours des 3 derniers mois d'une année de contrat et qui satisfont en partie ou en totalité la franchise pour cette année-là peuvent servir à réduire la franchise de l'année de contrat suivante.

Frais admissibles : Frais engagés par l'assuré pour des services ou des fournitures de soins de santé qui sont :

- médicalement nécessaires;
- usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante;
- préalablement recommandés par un médecin ou un professionnel de la santé qui :
 - ne réside pas habituellement avec l'assuré;
 - n'est pas un membre de sa famille; et
 - n'est pas son employeur ou un collègue de travail;
- rendus par un fournisseur approuvé qui :
 - ne réside pas habituellement avec l'assuré; et
 - n'est pas un membre de sa famille; et
- rendus alors que le régime est en vigueur, sauf indication contraire.

Les services ou les fournitures de soins de santé ne sont pas des frais admissibles s'ils ont été fournis ou prescrits par l'assuré lui-même.

Les frais admissibles sont considérés comme étant engagés à la date à laquelle les services ou les fournitures sont reçus par l'assuré. Les frais admissibles engagés à l'extérieur du Canada sont limités au montant qui aurait été remboursé si les frais admissibles avaient été engagés dans la province de résidence de l'assuré, sauf si la garantie est limitée aux frais admissibles engagés au Canada seulement.

Lorsqu'un traitement différent ou plus d'une forme de traitement existent, Croix Bleue se réserve le droit de baser le remboursement des frais admissibles sur le prix du traitement le moins coûteux si, de l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux, le traitement équivalent est approprié et conforme du point de vue professionnel.

Garanties assurées : Les garanties du régime qui sont assurées et administrées par Medavie Inc. ou La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada. Toute obligation liée aux prestations en vertu de ces garanties peut être remplie par l'une ou l'autre de ces entités.

Dans le présent régime, les garanties vie de l'adhérent, vie des personnes à charge, vie facultative, maladies graves facultatives, invalidité courte durée, invalidité longue durée et voyage sont des garanties assurées.

Garanties auto-assurées : Les garanties du régime qui sont :

- entièrement financées par le promoteur du régime, et dont ce dernier assume seul l'obligation liée aux prestations; et
- administrées par Medavie Inc. en vertu d'une Entente financière de Services administratifs seulement avec le promoteur de régime.

Dans le présent régime, les garanties médicaments, soins de santé complémentaire et dentaires sont des garanties auto-assurées.



Conseil pratique

Important : Croix Bleue rembourse seulement les frais de santé répondant à ces critères de frais admissibles.



Conseil pratique

Membre de la famille
désigne pour un assuré :

- son conjoint ou conjoint de fait;
- son parent et le conjoint ou conjoint de fait de son parent;
- ses enfants et les enfants de son conjoint ou conjoint de fait;
- ses frères et ses sœurs;
- ses petits-enfants; ou
- ses grands-parents.

Période d'adhésion : Votre employeur peut vous donner des précisions à ce sujet.

Période minimale de participation : La période minimale pendant laquelle l'adhérent doit rester couvert selon la couverture ou l'option choisie, à moins d'avoir un changement de situation personnelle.

Professionnel de la santé : Un professionnel de la santé qui est un membre en règle de son ordre professionnel (s'il y a lieu) et qui exerce dans les limites de sa compétence au sens de la loi. S'il n'a pas d'ordre professionnel, le professionnel doit :

- être membre en règle de son association;
- fournir des soins et des traitements dans les limites de sa discipline; et
- répondre à la définition de fournisseur approuvé.

Maladie : Une détérioration de la santé ou un désordre de l'organisme constatés par un médecin et qui nécessitent des soins médicaux réguliers et continus.

Médicalement nécessaire : Les services ou fournitures qui, selon l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux, sont fournis ou prescrits par un médecin ou un professionnel de la santé afin de traiter une blessure ou une maladie et qui :

- ne sont pas fournis ou prescrits pour des raisons pratiques ou esthétiques;
- sont reconnus comme étant les plus adéquats, sécuritaires et efficaces en termes de coût, pour le traitement de la maladie ou de la blessure; et
- sont habituellement reconnus par la profession médicale comme étant adéquats pour le traitement de la maladie ou de la blessure.



Conseil pratique

Croix Bleue rembourse seulement les frais qui sont médicalement nécessaires.

Assuré du Québec : Un adhérent ou une personne à charge est un assuré du Québec si :

- le promoteur du régime a une succursale au Québec;
- l'adhérent réside et travaille au Québec; et
- l'assuré est assujéti à la Loi sur l'assurance médicaments.

Revenu ou salaire : La rémunération habituelle de l'employé versée par l'employeur, incluant les heures supplémentaires, les commissions* ou toute rémunération supplémentaire reçues sur une base régulière. Sont exclus les dividendes non habituels, ainsi que toute forme de rémunération non habituelle comme les bonis, les primes et les gratifications.

*Les commissions habituelles moyennes de l'employé versées par l'employeur au cours des deux années d'emploi précédentes, selon ce qui est indiqué sur les feuillets d'impôt de l'Agence du revenu du Canada (ARC). Si l'employé n'a pas complété deux années de service continu, les commissions seront calculées au prorata du temps travaillé.



Conseil pratique

Si mentionné dans le Sommaire des garanties, votre revenu peut être utilisé pour le calcul de vos prestations vie, de décès et mutilation par accident ou d'invalidité (s'il y a lieu).

Pour le calcul des prestations, le revenu est le moindre du :

- revenu selon la présente définition; ou
- dernier revenu déclaré à Croix Bleue et utilisé dans le calcul de la prime payable.

Période minimale de participation : La période minimale pendant laquelle l'adhérent doit rester couvert selon l'option choisie. La période minimale est de 2 ans pour chaque option choisie, sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties. La période minimale de participation ne s'applique pas dans le cas d'un changement à la suite d'un événement de vie.

Période d'adhésion : Cette période d'adhésion est déterminée par le promoteur du régime. Pour participer à la période d'adhésion annuelle, les adhérents doivent être effectivement au travail ou en congé de maternité – congé parental.

Traitement : Le plan de traitement d'un assuré afin d'améliorer ou de combattre une maladie, un désordre de l'organisme ou une blessure. Ce plan de traitement doit :

- être considéré comme approprié et être approuvé par Croix Bleue; et être prescrit, fourni ou prodigué par un médecin ou un professionnel de la santé exerçant dans le domaine de la médecine qui s'applique à la condition médicale précise de l'assuré.

Usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante : Au sujet de frais engagés par l'assuré qui sont :

- comparables aux frais chargés habituellement par les professionnels de la santé ou fournisseurs approuvés pour des services ou des fournitures similaires, dans la province où les frais sont engagés; et
- selon l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux, comparables en termes de fréquence et de quantité à ce qui serait habituellement prescrit ou requis selon l'état de santé de l'assuré.

Modalités de la couverture

Qui est admissible à la couverture?

Vous êtes admissible à la couverture si vous :

- répondez à la définition d'employé et êtes effectivement au travail; et
- avez complété un délai d'admission de **3 mois**.

Vos personnes à charge sont également admissibles à la couverture si elles répondent à la définition de conjoint ou d'enfant apparaissant dans la section Termes-clés.

Pour être admissible à la couverture, vous et vos personnes à charge devez avoir droit à la couverture gouvernementale de soins de santé ou à une couverture similaire jugée satisfaisante par Croix Bleue.

Vous devez continuer de travailler le nombre minimum d'heures par semaine pour conserver votre admissibilité en vertu du régime.

Dois-je fournir une preuve d'assurabilité pour adhérer à la couverture?

Généralement, vous n'avez pas besoin de fournir une preuve d'assurabilité pour bénéficier de la couverture collective. Toutefois, une preuve d'assurabilité doit être soumise dans les circonstances suivantes :

- lorsque votre couverture ou celle de vos personnes à charge dépasse le Maximum sans preuve d'assurabilité mentionné dans le Sommaire des garanties; ou
- lorsque votre demande d'adhésion parvient à Croix Bleue plus de 31 jours après la date à laquelle vous ou vos personnes à charge êtes devenus admissibles, à l'exception :
 - de la Garantie Soins dentaires (s'il y a lieu), pour laquelle les personnes retardataires n'ont pas besoin de soumettre une preuve d'assurabilité (leur remboursement maximum est alors limité à 250 \$ pour les 12 premiers mois consécutifs); et
 - des assurés du Québec qui sont en retard, à l'égard desquels aucune preuve d'assurabilité ne peut être exigée pour l'adhésion à la Garantie Médicaments.

Comment adhérer à la couverture?

Formulaire d'adhésion

Une fois que vous aurez reçu un courriel de Croix Bleue vous confirmant votre accès au système d'adhésion en ligne, vous pourrez adhérer à la couverture. Vous devrez remplir et soumettre en ligne votre formulaire d'adhésion et, s'il y a lieu, soumettre une preuve d'assurabilité en raison de l'une des raisons figurant ci-dessus.

Le formulaire d'adhésion rempli doit parvenir à Croix Bleue dans les 31 jours qui suivent la date d'admissibilité à votre couverture ou celle de votre personne à charge.

Votre participation au régime collectif est obligatoire. Si vos choix d'option ne sont pas faits dans les 31 jours suivant la date de votre admissibilité, vous aurez une couverture individuelle (aucune couverture pour vos personnes à charge) pour les garanties suivantes :

- Garanties Médicaments, Soins de santé complémentaires, Voyage et Compte gestion santé : Option Argent; et
- Garantie Soins dentaires : Option Argent.



Conseil pratique

Délai d'admission désigne la période continue pendant laquelle vous devez être effectivement au travail avant d'être admissible à l'assurance.



Conseil pratique

Preuve d'assurabilité désigne toute déclaration ou toute information médicale, au sujet de votre santé ou de celle de vos personnes à charge.

Maximum sans preuve d'assurabilité désigne le montant de couverture auquel vous ou vos personnes à charge avez droit, sans devoir soumettre une preuve d'assurabilité.

Les Maximums sans preuve d'assurabilité de chaque garantie (s'il y a lieu) sont mentionnés dans le Sommaire des garanties.



Conseil pratique

Si vous n'adhérez pas à la couverture dans les 31 jours suivant votre admissibilité, votre participation ultérieure aux garanties peut être restreinte et votre niveau de protection pourrait être réduit.

Puis-je ne pas souscrire à la couverture de certaines garanties?

Un choix individuel ne vous est pas permis en vertu du régime. De plus, lorsque vous souscrivez à la couverture, vous devez inscrire toutes vos personnes à charge admissibles, sous réserve des exceptions qui suivent :

- vous avez le choix d'adhérer ou non aux garanties facultatives; et
- vous avez le droit de vous exempter des garanties soins de santé pour vous ou vos personnes à charge si vous ou vos personnes à charge avez déjà une couverture similaire en vertu d'un autre régime collectif. Dans ce cas, vous ou vos personnes à charge redeviendrez admissibles aux garanties soins de santé si vous faites face à un événement de la vie, en soumettant une preuve d'assurabilité (s'il y a lieu).



Conseil pratique

Les garanties soins de santé peuvent comprendre : la Garantie Médicaments, la Garantie Soins de santé complémentaires, la Garantie Soins dentaires et la Garantie Voyage.

Quand ma couverture prend-elle effet?

Employés

Votre couverture prend effet à la dernière des dates suivantes :

- la date d'entrée en vigueur du régime;
- la date à laquelle vous répondez à tous les critères d'admissibilité; ou
- la date à laquelle Croix Bleue approuve votre preuve d'assurabilité, s'il y a lieu.

Si vous n'êtes pas effectivement au travail à la date à laquelle votre couverture doit prendre effet, celle-ci prend effet à la date à laquelle vous êtes de nouveau effectivement au travail.

Personnes à charge

La couverture de vos personnes à charge prend effet à la dernière des dates suivantes :

- la date à laquelle vous devenez admissible à la couverture;
- la date à laquelle elles répondent à tous les critères d'admissibilité;
- la date à laquelle Croix Bleue approuve leur preuve d'assurabilité, s'il y a lieu; ou
- le jour suivant leur sortie de l'hôpital, si elles sont hospitalisées à la date à laquelle elles seraient admissibles à la couverture, sauf si :
 - elles étaient couvertes en vertu d'un contrat antérieur; elles sont alors couvertes à la date d'entrée en vigueur du régime; ou
 - l'enfant est né pendant que cette couverture est en vigueur; l'enfant est couvert dès sa naissance, ou en ce qui concerne la Garantie Vie, au moment spécifié dans la Garantie Vie des personnes à charge du Sommaire des garanties (s'il y a lieu).



Conseil pratique

Contrat antérieur désigne un régime d'assurance collective qui fournissait une couverture à vous et à vos personnes à charge et qui s'est terminé dans les 31 jours de la date d'entrée en vigueur du présent régime collectif.

Qu'advient-il de ma couverture durant une absence du travail?

Maladie – Accident

Lorsque vous vous absentez du travail en raison d'une maladie ou d'un accident, votre couverture est maintenue. Dans ces circonstances, veuillez communiquer avec votre administrateur de régime collectif pour discuter de la période maximale pour laquelle votre couverture sera maintenue.

Congé de maternité – Congé parental

Au cours d'un congé de maternité ou d'un congé parental, vous pouvez choisir entre le maintien ou le non-maintien de toutes les couvertures pour la période maximale prévue en vertu de la législation applicable.

Votre décision de maintenir ou de ne pas maintenir votre couverture doit être faite avant votre congé et vous ne pouvez pas revenir sur cette décision à une date ultérieure. Si vous décidez de maintenir votre couverture, vous devez continuer à payer vos primes (s'il y a lieu) pour toute la durée de l'absence.

Si vous êtes un assuré du Québec, vous devez au moins maintenir la Garantie Médicaments, sauf si vous avez une couverture médicaments en vertu d'un autre régime collectif.

Mise à pied temporaire – Congé autorisé – Suspension disciplinaire – Grève ou lockout

Dans ces circonstances, veuillez communiquer avec votre administrateur de régime collectif pour discuter des garanties que vous devez maintenir au cours d'une telle absence et de la période maximale pour laquelle ces garanties peuvent être maintenues.

Quand la couverture se termine-t-elle?

Veuillez prendre note que Guillevin International se réserve le droit de réviser, de modifier ou de mettre fin à tout programme d'avantages sociaux qui couvrent les employés et les anciens employés, y compris les retraités, à tout moment, y compris après le départ à la retraite des employés.

La couverture prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle le régime se termine;
- la date à laquelle vous ou vos personnes à charge ne répondez plus à un ou plusieurs critères d'admissibilité;
- la date de cessation de votre emploi;
- la date à laquelle vous (ou votre conjoint, s'il y a lieu) atteignez l'âge de cessation ou la date de cessation, s'il y a lieu, mentionnée dans le Sommaire des garanties;
- la date à laquelle vous prenez votre retraite, sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties;
- la date de votre décès;
- le jour où vous ou vos personnes à charge commettez un acte frauduleux à l'égard de Croix Bleue ou du promoteur du régime; ou
- la date à laquelle le promoteur du régime est en défaut de paiement des primes.

La couverture de vos personnes à charge cesse à la date à laquelle votre couverture se termine.

Si les primes pour la Garantie Vie facultative ou la Garantie Maladies graves facultative ne sont pas versées dans les 31 jours suivant leur date d'échéance, les garanties seront annulées sans autre préavis, rétroactivement à la date d'échéance des primes.

Aucune couverture ne s'applique pour vous ou vos personnes à charge alors que vous exercez vos fonctions en tant que membre actif des forces armées de n'importe quel pays, sauf si autrement exigé par toute législation provinciale qui serait applicable.

Que se passe-t-il lorsque votre couverture prend fin?

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Lorsque la couverture de certaines de vos garanties prend fin, vous et vos personnes à charge avez le droit de transformer votre couverture collective en couverture individuelle, pourvu que vous satisfassiez à certaines exigences.

Le libellé de la garantie indique si ce droit de transformation s'applique à une garantie particulière.

Lorsque la transformation est offerte, les conditions suivantes s'appliquent :

- Vous devez, dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle votre couverture prend fin :
 - remettre à Croix Bleue le formulaire à cet effet, dûment rempli; et
 - verser à Croix Bleue la totalité de la prime initiale requise, selon la méthode de versement indiquée par Croix Bleue;
- l'assurance individuelle est émise sans qu'une preuve d'assurabilité ne soit requise;
- la prime de cette assurance individuelle est établie selon les taux de police d'assurance individuelle en vigueur chez Croix Bleue à la date de l'adhésion, en tenant compte du sexe de l'assuré et de son âge;



Conseil pratique

L'avantage d'exercer votre droit de transformation est qu'aucune preuve d'assurabilité n'est exigée.

Les primes pour les garanties converties sont généralement plus élevées que les primes pour les garanties collectives présentement payées.

Plutôt que de transformer votre couverture collective, vous pouvez également opter pour une couverture individuelle. Vous aurez alors à fournir une preuve d'assurabilité.

Modalités de la couverture

- la police d'assurance individuelle est assujettie aux montants minimaux et maximaux, ainsi qu'à toute autre condition mentionnée sous le libellé Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la garantie concernée.

Prolongation pour les survivants

Advenant votre décès, vos personnes à charge continuent d'être couvertes pour certaines garanties, comme il est mentionné dans le Sommaire des garanties.

La couverture de vos personnes à charge en vertu de la prolongation pour les survivants se termine à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle le régime collectif se termine;
- la date à laquelle la période maximale est atteinte, selon ce qui est mentionné dans le Sommaire des garanties;
- la date à laquelle vos personnes à charge adhèrent à une couverture similaire en vertu d'un autre régime; ou
- la date à laquelle vos personnes à charge ne répondent plus aux critères d'admissibilité (pour des raisons autres que votre décès).

Et si j'ai une couverture ailleurs?

À l'exception des prestations versées en vertu de la garantie Voyage (voir la section Voyage de la présente brochure), Croix Bleue coordonne votre couverture collective avec les autres régimes de soins de santé lorsqu'une couverture similaire est offerte. Le processus de coordination des prestations vous assure de profiter au maximum de votre couverture et de recevoir un remboursement pour vos frais admissibles pouvant atteindre 100 %.

Couverture en vertu d'un régime gouvernemental de soins de santé

Croix Bleue ne couvre pas les services ou les fournitures de soins de santé admissibles en vertu d'une couverture gouvernementale de soins de santé ou administrés par un hôpital, un organisme ou un fournisseur gouvernementaux. Croix Bleue prend seulement en considération les frais admissibles en excédent de ceux couverts en vertu d'une couverture gouvernementale de soins de santé.

Autres régimes de soins de santé

Profitez-vous des autres régimes qui vous sont offerts? Si ce n'est pas le cas, vous pouvez être privé d'un remboursement pouvant aller jusqu'à 100 % des frais admissibles.

Croix Bleue coordonne les prestations conformément aux lignes directrices de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. (ACCAP). Voici les règles générales qui s'appliquent :

Frais engagés pour vous :

- Vous devez d'abord soumettre les frais engagés au présent régime (pour lequel vous êtes couvert en tant qu'adhérent). Le montant non remboursé par le présent régime (s'il y a lieu) peut être soumis à un autre régime en vertu duquel vous êtes couvert en tant que personne à charge (par exemple, le régime de votre conjoint).
- Si vous êtes couvert en tant qu'adhérent en vertu de plus d'un régime collectif, le régime qui vous couvre depuis le plus longtemps est le premier payeur.



Conseil pratique

Croix Bleue vous aidera à vous guider vers les programmes gouvernementaux existants, lorsque possible.



Conseil pratique

Les autres régimes pouvant être assujettis à la coordination des prestations incluent toute forme de régime collectif, individuel, familial, assurance des débiteurs et des épargnants qui prévoit des prestations pour des traitements, des services et des articles médicaux.

Frais engagés pour votre conjoint :

- Votre conjoint doit d'abord soumettre les frais engagés pour lui à son propre régime collectif (s'il y a lieu). Le montant non remboursé par son régime (s'il y a lieu) peut être soumis au présent régime.

Frais engagés pour votre enfant :

- Lorsqu'un enfant est couvert en tant que personne à charge en vertu de votre régime et de celui de votre conjoint, vous devez soumettre ses demandes de règlement au régime du parent qui a son anniversaire le plus tôt dans l'année.
- En cas de divorce ou de séparation, le régime du parent où l'enfant réside (le régime du parent qui a la garde de l'enfant) est le premier payeur.



Conseil pratique

Pour de plus amples renseignements sur la coordination des prestations (y compris des exemples), visitez notre site Internet.

Exonération des primes

Objet de la garantie

Si l'adhérent devient totalement invalide avant son 65^e anniversaire de naissance alors que sa couverture est en vigueur, les primes à son égard sont exonérées pour certaines garanties assurées. Le Sommaire des garanties indique si l'Exonération des primes s'applique à une garantie en particulier.

S'il n'y a pas de Garantie Invalidité de longue durée dans le présent régime ou si l'adhérent invalide appartient à une catégorie d'adhérents qui n'est pas couverte en vertu de cette garantie, une preuve de l'invalidité totale doit parvenir à Croix Bleue dans les 12 mois suivant le début de l'invalidité totale et alors que l'invalidité totale persiste.

Définition d'invalidité totale

Aux fins de l'exonération, la définition d'invalidité totale (ou totalement invalide) utilisée est celle apparaissant dans la clause Définitions spécifiques de la Garantie Invalidité de longue durée.

S'il n'y a pas de Garantie Invalidité de longue durée dans le présent régime ou si l'adhérent invalide n'est pas couvert en vertu de la Garantie Invalidité de longue durée, l'invalidité totale est définie comme étant :

- l'état d'incapacité continue, résultant d'une maladie ou d'un accident, qui empêche l'adhérent d'accomplir les tâches régulières de toute occupation :
 - qui lui permettrait de gagner au moins 60 % du salaire qu'il gagnait avant le début de son invalidité; et
 - qu'il est, ou pourrait devenir, raisonnablement apte à exercer de par sa formation, son éducation et son expérience.

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

La disponibilité de l'occupation ou du travail n'est pas prise en considération lors de l'analyse de l'invalidité totale.

Montant de couverture

Le montant de couverture sujet à l'Exonération des primes est égal au montant en vigueur à la date du début de l'invalidité totale.

Début de l'exonération des primes

Les primes sont exonérées à partir du premier jour suivant la date à laquelle l'adhérent complète le délai de carence de la Garantie Invalidité de longue durée, si l'adhérent répond à la définition d'invalidité totale apparaissant dans les Définitions spécifiques de la Garantie Invalidité de longue durée.

Toutefois, si le présent régime ne comprend pas de Garantie Invalidité de longue durée ou si la catégorie d'adhérents à laquelle appartient l'adhérent n'a pas de Garantie Invalidité de longue durée, les primes seront exonérées à partir du premier jour suivant la date d'expiration d'une période de 6 mois consécutifs d'invalidité totale selon la définition apparaissant dans les Définitions spécifiques.

Fin de l'exonération des primes

En tenant compte des exceptions mentionnées dans la présente clause, l'exonération des primes cesse à la première des éventualités ou des dates suivantes :

- lorsque la durée maximale de l'exonération des primes est atteinte, si une telle durée est mentionnée dans le Sommaire des garanties pour une garantie spécifique;
- lorsque l'adhérent ne satisfait plus à la définition d'invalidité totale;
- lorsque l'adhérent exerce un travail lucratif ou un emploi rémunérateur, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé au préalable par Croix Bleue;
- lorsque l'adhérent refuse de produire les preuves d'invalidité totale à Croix Bleue;
- au 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent;

Exonération des primes

- lorsque l'adhérent prend sa retraite;
- la date de cessation d'emploi de l'adhérent;
- la date de résiliation de la catégorie à laquelle appartient l'adhérent invalide;
- la date à laquelle la garantie ou le régime se termine; ou
- la date du décès de l'adhérent.

Si, alors qu'un adhérent est totalement invalide et exonéré de ses primes :

- son emploi cesse; ou
- la catégorie d'adhérents à laquelle il appartient est annulée, ou la couverture de tous les employés se termine,

l'exonération des primes est maintenue au-delà de la date de cessation indiquée ci-dessus, selon les modalités suivantes :

- la Garantie Vie de l'adhérent, la Garantie Vie facultative de l'adhérent et la Garantie Maladies graves facultative sont maintenues en vigueur et sont sujettes à l'exonération jusqu'au 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent; et
- la Garantie Invalidité de longue durée est maintenue en vigueur et est sujette à l'exonération des primes aussi longtemps que l'adhérent est admissible au versement des prestations d'invalidité de longue durée. Une telle exonération des primes ne peut excéder la Durée maximale des prestations d'invalidité de longue durée indiquée dans le Sommaire des garanties.

Garantie Vie de l'adhérent

Objet de la garantie

Si un adhérent décède pendant que la présente garantie est en vigueur à son égard, Croix Bleue verse à son bénéficiaire le montant mentionné dans le Sommaire des garanties, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Versement de la prestation

Bénéficiaire

Dans le cas où l'adhérent perd la vie, la prestation est versée à son bénéficiaire.

Arrondissement de la prestation

Si la prestation de l'adhérent de moins de 65 ans n'est pas déjà un multiple de 1 000 \$, elle est alors arrondie au 1 000 \$ supérieur. À l'âge de 65 ans et plus, la prestation et l'arrondissement sont réduits selon les pourcentages mentionnés dans le Sommaire des garanties.

Délai pour soumettre une demande de règlement

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

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Admissibilité à la transformation

Si la Garantie Vie de l'adhérent prend fin à son 65^e anniversaire de naissance ou avant cette date, en raison de son départ à la retraite, la fin de son emploi ou la cessation de la couverture collective ou de la catégorie d'adhérents à laquelle il appartient, l'adhérent a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de Croix Bleue.

Ce droit de transformation s'applique également aux réductions prévues ou à la fin des garanties à un âge spécifique.

Modalités de la police individuelle

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

Cette police est également assujettie aux modalités spécifiques suivantes :

- pendant la période de 31 jours au cours de laquelle le droit de transformation peut être exercé, le montant de la protection disponible en vertu de ce droit de transformation est en vigueur, sans frais;
- la protection en vertu de la police individuelle entre en vigueur 31 jours après la date de fin de la couverture collective;
- la police individuelle ne comprend aucune garantie invalidité, ni aucune autre garantie supplémentaire;
- les types de police d'assurance vie individuelle pouvant être transformée sont les suivants :
 - a) une police d'assurance vie temporaire de 1 an pouvant être remplacée, avant sa date d'échéance, par l'un des 2 types de police d'assurance vie suivants (b) ou (c);
 - b) une police d'assurance vie temporaire à capital constant, non transformable, offrant une protection jusqu'à l'âge de 65 ans; ou
 - c) une police d'assurance vie temporaire 100 ans offrant une protection à vie, sans option de non-déchéance;
- le montant maximum de protection offert en vertu de la police d'assurance individuelle est le moindre des montants suivants :
 - le montant de la Garantie Vie de l'adhérent en vigueur à la date de fin de la garantie;
 - le montant de toute réduction prévue à la Garantie Vie de l'adhérent;

Garantie Vie de l'adhérent

- le montant de la réduction de la protection en raison d'une police de remplacement souscrite par l'adhérent dans les 31 jours de la date de fin de couverture collective;
- 400 000 \$ pour les résidents du Québec, ou 200 000 \$ pour les résidents hors Québec; et
- le montant de protection de la police individuelle ne peut être inférieur :
 - au montant minimum normalement émis par Croix Bleue pour le type de police choisi; ou
 - à 10 000 \$ pour les résidents du Québec.

Garantie Vie des personnes à charge

Objet de la garantie

Si une personne à charge décède pendant que la présente garantie est en vigueur à son égard, Croix Bleue verse à l'adhérent le montant mentionné dans le Sommaire des garanties, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Versement de la prestation

Toute prestation est payable à l'adhérent.

Délai pour soumettre une demande de règlement

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

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Admissibilité à la transformation

À son 65^e anniversaire de naissance ou avant cette date, un conjoint résidant dans toute province, ou un enfant s'il réside au Québec, a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de Croix Bleue si sa Garantie Vie des personnes à charge prend fin pour l'une des raisons suivantes :

- le décès de l'adhérent;
- la fin de la Garantie Vie de l'adhérent pour une raison lui donnant droit de transformer cette garantie en une police d'assurance individuelle; ou
- le conjoint ou l'enfant n'est plus admissible à la protection en tant que personne à charge.

Modalités de la police individuelle

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

Cette police est également assujettie aux modalités spécifiques suivantes :

- pendant la période de 31 jours au cours de laquelle le droit de transformation peut être exercé, le montant de la protection disponible en vertu de ce droit de transformation est en vigueur, sans frais;
- la protection en vertu de la police individuelle entre en vigueur 31 jours après la date de fin de la couverture collective;
- la police individuelle ne comprend aucune garantie invalidité, ni aucune autre garantie supplémentaire;
- les types de police d'assurance vie individuelle pouvant être transformée sont les suivants :
 - a) une police d'assurance vie temporaire de 1 an pouvant être remplacée, avant sa date d'échéance, par l'un des 2 types de police d'assurance vie suivants (b) ou (c);
 - b) une police d'assurance vie temporaire à capital constant, non transformable, offrant une protection jusqu'à l'âge de 65 ans; ou
 - c) une police d'assurance vie temporaire 100 ans offrant une protection à vie, sans option de non-déchéance;
- le montant de protection de la police individuelle des personnes à charge ne peut être :
 - supérieur au montant de protection de la Garantie Vie des personnes à charge en vigueur à la date de la fin de la garantie; ou
 - inférieur au montant minimum normalement émis par Croix Bleue pour le type de police choisi, ou à 5 000 \$ pour les résidents du Québec.

Garantie Vie facultative

Objet de la garantie

La présente garantie offre des montants d'assurance vie supplémentaires à ceux offerts en vertu de la Garantie Vie de l'adhérent et de la Garantie Vie des personnes à charge (s'il y a lieu).

Si un adhérent ou l'une de ses personnes à charge décède pendant que la présente garantie est en vigueur à son égard, Croix Bleue paie le montant de la Garantie Vie facultative en vigueur pour l'assuré au moment du décès, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Montant de la garantie

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

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

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

Versement de la prestation

Bénéficiaire

Dans le cas où l'adhérent perd la vie, la prestation est versée directement à son bénéficiaire. Dans le cas où une personne à charge décède, la prestation est versée à l'adhérent.

Délai pour soumettre une demande de règlement

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

Exclusions et restrictions

Si le décès de l'adhérent ou d'une personne à charge résulte d'un suicide et qu'un montant de Garantie Vie facultative était en vigueur depuis moins de 24 mois consécutifs, ce montant n'est pas payable et se limite au remboursement des primes perçues.

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Admissibilité à la transformation

Si la Garantie Vie facultative de l'adhérent prend fin à son 65^e anniversaire de naissance ou avant cette date, en raison de son départ à la retraite, la fin de son emploi ou la cessation de la couverture collective ou de la catégorie d'adhérents à laquelle il appartient, l'adhérent a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de Croix Bleue.

À son 65^e anniversaire de naissance ou avant cette date, un conjoint résidant dans toute province, ou un enfant s'il réside au Québec, a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de Croix Bleue si la Garantie Vie facultative des personnes à charge prend fin ou est réduite pour toute autre raison qu'une requête de l'adhérent.

Modalités de la police individuelle

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

Cette police est également assujettie aux modalités spécifiques suivantes :

- pendant la période de 31 jours au cours de laquelle le droit de transformation peut être exercé, le montant de la protection disponible en vertu de ce droit de transformation est en vigueur, sans frais;
- la protection en vertu de la police individuelle entre en vigueur 31 jours après la date de fin de la couverture collective;
- la police individuelle ne comprend aucune garantie invalidité, ni aucune autre garantie supplémentaire;
- les types de police d'assurance vie individuelle pouvant être transformée sont les suivants :
 - a) une police d'assurance vie temporaire de 1 an pouvant être remplacée, avant sa date d'échéance, par l'un des 2 types de police d'assurance vie suivants (b) ou (c);
 - b) une police d'assurance vie temporaire à capital constant, non transformable, offrant une protection jusqu'à l'âge de 65 ans; ou
 - c) une police d'assurance vie temporaire 100 ans offrant une protection à vie, sans option de non-déchéance;
- le montant maximum de protection offert en vertu de la police d'assurance individuelle émise à l'adhérent est le moindre des montants suivants :
 - la somme du montant de la Garantie Vie de l'adhérent et du montant Vie facultative de l'adhérent en vigueur à la date de fin de la Garantie Vie facultative de l'adhérent; ou
 - 400 000 \$ pour les résidents du Québec, ou 200 000 \$ pour les résidents hors Québec;
- le montant de la protection de la police individuelle émise à l'adhérent ne peut être inférieur au montant minimum normalement émis par Croix Bleue pour le type de police choisi; ou à 10 000 \$ pour les résidents du Québec; ou
- le montant maximum de protection offert en vertu de la police d'assurance individuelle émise aux personnes à charge est le moindre des montants suivants :
 - la somme du montant de la Garantie Vie des personnes à charge et du montant Vie facultative des personnes à charge; et
 - 400 000 \$ pour les résidents du Québec, ou 200 000 \$ pour les résidents hors Québec;
- le montant de protection de la police individuelle émise aux personnes à charge ne peut être inférieur au montant minimum normalement émis par Croix Bleue pour le type de police choisi; ou à 5 000 \$ dans le cas des résidents du Québec.

Objet de la garantie

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

Montant de la garantie

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

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

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

Définitions spécifiques

Les définitions suivantes s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles figurant dans la section Définitions de la présente brochure.

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

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

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

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

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

Spécialiste : Un médecin autorisé à exercer sa profession, reconnu par un comité d'examen de spécialité, et qui détient une formation dans le domaine médical en lien avec la maladie grave admissible pour laquelle la demande de règlement est soumise. En l'absence d'un spécialiste, et sous réserve de l'approbation de Croix Bleue, une maladie peut être diagnostiquée par un professionnel de la santé qualifié exerçant au Canada ou aux États-Unis.



Conseil pratique

La **garantie Maladies graves facultative** offre une somme forfaitaire en argent qui est versée peu importe votre capacité à travailler ou vos dépenses encourues. Il n'y a aucune restriction sur la façon dont l'argent est utilisé.

Par exemple, vous pouvez utiliser cet argent pour :

- i. payer le déplacement de vos amis ou des membres de votre famille afin qu'ils puissent vous rendre visite lorsque vous en avez besoin;
- ii. rembourser des dettes; ou
- iii. rénover votre domicile afin de l'adapter à vos nouvelles limitations physiques.

Garantie Maladies graves facultative

Le terme spécialiste inclut, entre autres, les cardiologues, neurologues, néphrologues, oncologues, ophtalmologues, spécialistes des brûlures graves et les internistes. Le spécialiste ne doit pas être :

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

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

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

Maladies admissibles à la prestation maximale

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

Catégorie 1 : cancer (mettant la vie en danger)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Garantie Maladies graves facultative

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

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

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

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

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

Aux fins de la présente maladie :

- Le cancer de la prostate au stade T1a ou T1b désigne une tumeur cliniquement muette qui n'était pas palpable lors de l'examen rectal digital et a été détectée de manière fortuite dans le tissu prostatique réséqué.
- Le terme tumeur stromale gastro-intestinale (TSGI) au stade 1 selon la classification de l'AJCC désigne :
 - des TSGI gastriques et épiploïques dont la plus grande dimension tumorale est inférieure ou égale à 10 cm, et qui contiennent cinq mitoses ou moins par 5 mm², ou 50 par HPF; ou
 - des TSGI intestinales, œsophagiennes, colorectales, mésentériques et péritonéales de petite taille, dont la plus grande dimension tumorale est inférieure ou égale à 5 cm, et qui contiennent cinq mitoses ou moins par 5 mm², ou 50 par HPF.
- Les termes Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 1 selon la classification de l'AJCC respectent la définition consignée dans le manuel de stadification du cancer (8^e édition, 2018) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).
- Le terme stade 0 selon la classification de Rai respecte la définition consignée dans la publication Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia (KR Rai, A. Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46:219, 1975).

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

- lésions qualifiées de bénignes, de non invasives, de précancéreuses, de lésions à potentiel de malignité restreint ou incertain, de limites, de carcinome in situ ou de tumeurs au stade Tis ou Ta;
- cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases à distance;
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases à distance. Ceci inclut, entre autres, le lymphome cutané à cellules T, le carcinome basocellulaire, le carcinome épidermoïde ou le carcinome à cellules de Merkel;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases à distance;
- cancer de la thyroïde de type papillaire ou folliculaire, ou les deux, dont la plus grande dimension tumorale est inférieure ou égale à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases à distance;
- leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 0 selon la classification de Rai, sans augmentation du volume des nœuds lymphoïdes, de la rate ou du foie, et laissant apparaître un nombre normal de plaquettes et de globules rouges;
- tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC;
- tumeurs neuroendocriniennes (carcinoïdes) de grade 1 limitées à l'organe touché, traitées uniquement au moyen de la chirurgie et ne nécessitant aucun autre traitement, à part les médicaments postopératoires contre les effets de l'hypersécrétion hormonale produite par la tumeur; ou

Garantie Maladies graves facultative

- thymome (stade 1) limité au thymus, sans signe d'invasion de la capsule ou de propagation au-delà du thymus.

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

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

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

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

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

Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Garantie Maladies graves facultative

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

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

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

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

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

L'assuré doit présenter :

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

Exclusion : les troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.

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

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

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

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

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

Garantie Maladies graves facultative

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

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

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

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

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

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

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

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

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques spécifiés :

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

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

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

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

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

Garantie Maladies graves facultative

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

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

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

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

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

Exclusion : une méningite virale.

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

Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste.

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

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

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

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

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

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

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

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

Garantie Maladies graves facultative

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

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

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

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

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

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

Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

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

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

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

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

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

Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste.

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

Garantie Maladies graves facultative

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

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

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

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

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

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

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

Maladies infantiles admissibles

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

Les maladies infantiles couvertes sont les suivantes :

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

Liste A

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

- j) Syndrome d'Eisenmenger;
- k) Ventricule à double entrée;
- l) Hypoplasie du cœur droit; ou
- m) Maladie d'Ebstein.

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

Liste B

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

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

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

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

Maladies admissibles à la prestation partielle

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Versement de la prestation

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

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

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

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

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

Délai pour soumettre une demande de règlement

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

Exclusions et restrictions

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

- a) une condition préexistante, sauf si la maladie grave admissible survient après la période de 24 mois suivant le début de la protection à l'égard de l'assuré;
- b) un accident, sauf si les brûlures graves constituent la maladie grave admissible;
- c) une tentative de suicide ou une blessure ou maladie que l'assuré s'inflige ou contracte volontairement;
- d) utilisation de tout poison, substance intoxicante ou drogue, sauf s'ils sont prescrits par un médecin et utilisés selon les recommandations de ce dernier;
- e) la participation à un acte criminel ou la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
- f) tout accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute drogue (y compris la marijuana) ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident; ou
- g) une insurrection, une guerre (déclarée ou non), l'hostilité des forces armées de tout pays ou la participation à une émeute ou à un affrontement public.

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Admissibilité à la transformation

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

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

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

Modalités de la police individuelle

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

Cette police est également assujettie aux modalités spécifiques suivantes :

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

Objet de la garantie

Lorsque l'adhérent devient totalement invalide à la suite d'une maladie ou d'un accident, Croix Bleue paie jusqu'à concurrence de la prestation maximale mentionnée dans le Sommaire des garanties, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Délai de carence : La période de temps continue entre la date à laquelle l'adhérent devient totalement invalide et la date à laquelle les prestations sont payables. Cette période est mentionnée dans le Sommaire des garanties.

Lorsque la Garantie est enregistrée à la Commission de l'assurance-emploi du Canada (CAEC) par l'employeur, le Délai de carence ne peut excéder la durée prévue en vertu du Programme de réduction de taux de cotisation d'assurance-emploi.

Durée maximale des prestations : Le nombre maximum de semaines pendant lesquelles Croix Bleue verse des prestations. Ce maximum est mentionné dans le Sommaire des garanties.

Hospitalisation : L'admission dans un hôpital comme patient alité pour un séjour minimal de 1 nuit. Si mentionné dans le Sommaire des garanties, l'hospitalisation inclut une chirurgie d'un jour pratiquée dans un hôpital ou un centre de chirurgie privé si cette intervention chirurgicale est ou aurait été couverte en vertu du régime de santé gouvernemental.

Invalidité totale (ou totalement invalide) : L'état d'incapacité totale et continue de l'adhérent, résultant d'une maladie ou d'un accident, qui l'empêche d'accomplir les tâches habituelles rattachées à son propre travail. Les tâches habituelles désignent les activités reliées au travail qui sont jugées essentielles au rendement de l'employé pour une occupation ou un travail donné.

L'adhérent doit être sous les soins et traitements continus d'un médecin et ne doit pas travailler, sauf dans le cas d'un programme de réadaptation reconnu par Croix Bleue.

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

Revenu avant le début de l'invalidité : Le revenu de l'adhérent immédiatement avant la date du début de l'invalidité totale.

Versement des prestations

Début des prestations

Le versement des prestations débute dès l'expiration du délai de carence. Croix Bleue verse les prestations chaque semaine pour chaque jour où l'adhérent est totalement invalide après l'expiration du délai de carence.

Lorsque le délai de carence est calculé en :

- jours civils, la prestation pour chaque jour d'invalidité totale est égale à 1/7 de la prestation hebdomadaire; ou
- jours ouvrables, la prestation pour chaque jour ouvrable d'invalidité totale est égale à 1/5 de la prestation hebdomadaire.

Le Sommaire des garanties mentionne la base de calcul du Délai de carence.

Calcul des prestations

Croix Bleue calcule le montant de la prestation hebdomadaire en suivant les 2 étapes suivantes :

- Étape 1. Croix Bleue applique le Calcul de la prestation mentionné dans le Sommaire des garanties pour obtenir un montant de prestation hebdomadaire (jusqu'à concurrence de la Prestation maximale figurant dans le Sommaire des garanties);
- Étape 2. Croix Bleue soustrait ensuite du montant de prestation hebdomadaire tout montant payable à l'adhérent à condition qu'il s'agisse de réductions acceptables en vertu du Programme de réduction de taux de cotisation d'assurance-emploi, en vertu :
- de tout régime provincial d'assurance automobile dans lequel les prestations payables en vertu de l'assurance-emploi ne sont pas prises en compte;
 - du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada;
 - tout revenu perçu en raison de la même invalidité ou d'une invalidité subséquente sera réduit, si nécessaire, pour s'assurer que le revenu total de l'adhérent, provenant de toutes sources, ne dépasse pas 100 % de son revenu avant le début de l'invalidité; ou
 - tout montant payable en vertu d'un régime de retraite offert par l'employeur sera réduit, si nécessaire, pour que le revenu total de l'adhérent, provenant de toutes sources, ne dépasse pas 100 % de son revenu avant l'invalidité.

En ce qui concerne le montant calculé à l'étape 2 :

- les revenus reçus pour les enfants ne sont pas considérés;
- si Croix Bleue estime qu'il y a des montants auxquels l'adhérent est admissible, Croix Bleue peut réduire les prestations de ces montants. Croix Bleue peut estimer les montants si l'adhérent néglige d'en faire la demande ou de se prévaloir de son droit à ces montants; et
- Croix Bleue calcule la réduction sans tenir compte des augmentations subséquentes de ces montants en raison des ajustements au coût de la vie.

Fin des prestations

Le versement des prestations prend fin à la première de ces éventualités :

- l'adhérent n'est plus totalement invalide;
- l'adhérent prend sa retraite auprès de l'employeur;
- la Durée maximale des prestations est atteinte; ou
- l'adhérent décède.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La preuve de sinistre doit parvenir à Croix Bleue dans les 90 jours suivant la fin du délai de carence.

Récidive d'invalidité

Si un adhérent totalement invalide qui recevait des prestations d'invalidité de courte durée retourne au travail et devient de nouveau totalement invalide, l'invalidité subséquente est considérée par Croix Bleue comme étant une continuité de l'invalidité précédente, si cette invalidité subséquente :

- résulte des mêmes causes ou de causes reliées et se produit dans les 2 semaines suivant la date où l'adhérent a commencé à être effectivement au travail; ou
- résulte de causes différentes et non reliées à l'invalidité précédente et l'adhérent n'est pas complètement rétabli de la première invalidité et n'est pas retourné au travail pendant au moins 1 journée complète avant le début de l'invalidité subséquente.

Lorsque les périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme une seule période d'invalidité totale :

- le délai de carence ne s'applique pas une deuxième fois;



Conseil pratique

La **preuve de sinistre** comprend 3 formulaires : déclaration de l'employé, déclaration de l'employeur et déclaration du médecin. Ces formulaires sont disponibles sur notre site Internet.

- la prestation payable est celle qui a été calculée pour la première période d'invalidité totale; et
- les prestations sont versées seulement pour le restant de la Durée maximale des prestations initiale.

Invalidité totale survenant pendant une période d'absence

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide pendant une période d'absence au travail au cours de laquelle la protection pour l'invalidité est interrompue, aucune prestation d'invalidité n'est alors payable pour cette invalidité.

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide pendant une période d'absence au travail au cours de laquelle la protection pour l'invalidité a été maintenue et les primes ont été payées :

- le délai de carence débute dès la date du début de l'invalidité totale;
- la durée maximale des prestations est considérée comme débutant à la date d'expiration du délai de carence; et
- le versement des prestations débute à la date d'expiration du délai de carence ou à la date prévue de retour au travail de l'adhérent, selon la dernière de ces dates.

Programme de réadaptation

Si Croix Bleue le juge approprié, elle peut exiger que l'adhérent participe à un programme de réadaptation qu'elle a préapprouvé et consistant en :

- des soins médicaux, un traitement ou des mesures diagnostiques;
- un travail à temps plein ou un travail à temps partiel; ou
- une évaluation professionnelle, une formation ou un programme de recyclage visant la réadaptation.

Lorsque l'adhérent participe à un programme de réadaptation alors qu'il reçoit des prestations, les conditions suivantes s'appliquent :

- l'invalidité totale de l'adhérent n'est pas considérée comme terminée du seul fait qu'il entreprend un programme de réadaptation;
- si l'adhérent redevient totalement invalide alors qu'il participe à un programme de réadaptation, les modalités de la présente garantie s'appliquent comme si l'adhérent était resté totalement invalide pendant toute la durée du programme de réadaptation;
- la durée maximale des prestations continue de s'écouler malgré la participation à un programme de réadaptation; et
- pendant le programme de réadaptation, les prestations hebdomadaires sont réduites, si nécessaire, pour s'assurer que le revenu total de l'adhérent, provenant de toutes sources, ne dépasse pas 100 % de son revenu avant le début de l'invalidité.

Exclusions et restrictions

1. Les prestations ne sont pas versées pour toute invalidité totale qui résulte de l'une des causes suivantes :
 - a) participation à un acte criminel;
 - b) tout accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute drogue (y compris la marijuana) ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident;
 - c) toute maladie résultant de la consommation de drogues ou d'alcool, si l'adhérent ne reçoit pas de traitement continu pour l'utilisation de ces substances;
 - d) soins médicaux et traitements qui sont donnés à de seules fins esthétiques, à moins qu'ils soient nécessaires en raison d'une maladie ou d'un accident; ou
 - e) insurrection, guerre (déclarée ou non), hostilité des forces armées de tout pays ou participation à une émeute ou à un affrontement public.
2. Les prestations ne sont pas versées pour toute période pendant laquelle l'adhérent :
 - a) reçoit une indemnité en vertu d'une commission de la santé et de la sécurité au travail ou de tout régime similaire;

- b) est admissible aux prestations de la Commission de l'assurance-emploi du Canada (CAEC) si le Sommaire des garanties mentionne que la présente garantie est intégrée à la CAEC, sans prestations supplémentaires de chômage (PSC);
- c) reçoit des prestations de maternité ou parentales en vertu de toute loi fédérale ou du Régime québécois d'assurance parentale, ou prend un congé de maternité ou parental conformément à toute loi fédérale ou au Régime québécois d'assurance parentale ou prend un congé en vertu de toute entente entre l'adhérent et l'employeur, sous réserve de l'exclusion suivante :
 - les prestations sont versées pendant la portion reliée à la santé du congé de maternité lorsque requis par toute loi applicable, à condition que la protection de l'adhérent soit demeurée en vigueur pendant la période d'absence au travail. La portion reliée à la santé du congé de maternité est considérée comme la période normale de rétablissement après un accouchement, qui est jugée raisonnable et appropriée par Croix Bleue;
- d) est absent du Canada pour toute période au cours de laquelle les prestations de la Commission de l'assurance emploi du Canada (CAEC) ne seraient pas versées, sauf si Croix Bleue accepte par écrit, à l'avance, de verser des prestations pendant cette période d'absence;
- e) est incarcéré dans un établissement correctionnel ou une résidence communautaire, ou est en résidence surveillée par ordre de la cour criminelle;
- f) néglige de :
 - fournir à Croix Bleue une preuve satisfaisante de la continuité de l'invalidité totale;
 - se soumettre à un examen indépendant demandé par Croix Bleue; ou
 - participer à tout traitement raisonnable ou programme de réadaptation considérés comme appropriés par Croix Bleue;
- g) s'engage dans toute occupation ou tout emploi rémunérateur, autrement que dans le cadre d'un programme de réadaptation préapprouvé par Croix Bleue; ou
- h) refuse toute offre raisonnable de la part de l'employeur de modification de ses tâches ou d'un emploi alternatif, à condition que les tâches modifiées ou l'emploi alternatif soient approuvés par un médecin.

Garantie Invalidité de longue durée

Objet de la garantie

Lorsque l'adhérent devient totalement invalide à la suite d'une maladie ou d'un accident, Croix Bleue verse la prestation mensuelle mentionnée dans le Sommaire des garanties, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Délai de carence : La période de temps continue entre la date à laquelle l'adhérent devient totalement invalide et la date à laquelle les prestations sont payables. Cette période est mentionnée dans le Sommaire des garanties.

Si l'invalidité totale n'est pas continue, les jours pendant lesquels l'adhérent est totalement invalide peuvent être accumulés pour atteindre le délai de carence, à condition :

- que la protection demeure en vigueur pendant la totalité de la période d'accumulation du délai de carence;
- qu'il n'y ait pas d'interruption de l'invalidité totale qui dure plus de 30 jours;
- que les invalidités successives soient causées par les mêmes causes ou des causes reliées; et
- que le délai de carence soit complété à l'intérieur d'une période de 1 an.

Durée maximale des prestations : La durée maximale pendant laquelle Croix Bleue verse des prestations. Ce maximum est mentionné dans le Sommaire des garanties.

Invalidité totale (ou totalement invalide) : Durant le délai de carence et la durée de la Notion de propre occupation (mentionnée dans le Sommaire des garanties) qui suit immédiatement le délai de carence, l'adhérent est totalement invalide aux fins de la présente garantie si, de manière totale et continue, il est incapable d'accomplir les tâches habituelles rattachées à sa propre occupation, en raison d'une maladie ou d'un accident.

Par la suite, l'adhérent est totalement invalide si, de manière totale et continue, il est incapable d'accomplir les tâches habituelles rattachées à toute occupation :

- qui lui permettrait de gagner au moins 60 % de son revenu avant le début de l'invalidité; et
- qu'il est, ou pourrait devenir, raisonnablement apte à exercer de par sa formation, son éducation et son expérience.

Les tâches habituelles désignent les activités reliées au travail qui sont jugées essentielles au rendement de l'employé pour une occupation ou un travail donné.

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

La disponibilité du travail n'est pas prise en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'adhérent.

Revenu avant le début de l'invalidité : Le revenu de l'adhérent immédiatement avant la date du début de l'invalidité totale.

Revenu net : Le revenu de l'adhérent moins les impôts sur le revenu et les cotisations au Régime de pensions du Canada, au Régime de rentes du Québec, à la Commission de l'assurance-emploi du Canada (CAEC) et au Régime québécois d'assurance parentale, s'il y a lieu.



Conseil pratique

Si vous avez effectué des tâches de travail modifiées pendant au moins 6 mois avant de faire une demande de prestations d'invalidité de longue durée, ces tâches de travail modifiées constitueront votre propre occupation aux fins de l'évaluation de l'invalidité.

Versement des prestations

Début des prestations

Le versement des prestations débute dès l'expiration du délai de carence. Croix Bleue verse les prestations chaque mois, pour chaque jour où l'adhérent est totalement invalide après l'expiration du délai de carence.

La prestation pour chaque jour d'invalidité totale est égale à 1/30 de la prestation mensuelle.

Calcul des prestations

Croix Bleue calcule le montant de la prestation mensuelle en suivant les 3 étapes suivantes :

Étape 1. Croix Bleue applique le Calcul de la prestation mentionné dans le Sommaire des garanties pour obtenir un montant de prestation mensuelle (jusqu'à concurrence de la Prestation maximale figurant dans le Sommaire des garanties).

Étape 2. Croix Bleue soustrait du montant de prestation mensuelle tout montant payable à l'adhérent en raison de la même invalidité ou d'une invalidité subséquente, en vertu d'un ou des régimes suivants :

- a) le Régime de rentes du Québec ou le Régime de pensions du Canada;
- b) toute commission de la santé et de la sécurité au travail;
- c) tout régime d'assurance automobile, s'il y a lieu;
- d) la Commission de l'assurance-emploi du Canada (CAEC); ou
- e) toute loi fédérale ou provinciale.

Étape 3. Lorsque la prestation d'invalidité de longue durée calculée à l'étape 2 et les autres sources de revenus figurant ci-dessous, s'il y a lieu, dépassent le Maximum provenant de toutes sources mentionné dans le Sommaire des garanties, la prestation d'invalidité de longue durée est de nouveau réduite, si nécessaire, afin que le total de tous les montants reçus ne dépasse pas le pourcentage du Maximum provenant de toutes sources.

Les autres sources de revenus désignent :

- a) tous les montants payables à l'adhérent en raison de cette invalidité ou d'une invalidité subséquente, à savoir :
 - i. tout salaire ou toute rémunération payable par tout employeur;
 - ii. tout régime en vertu duquel l'adhérent est assuré en tant que membre d'une association; ou
 - iii. toute prestation d'invalidité reçue en vertu de tout régime mentionné à l'étape 2; et
- b) tout montant payable à l'adhérent en vertu de tout régime de retraite financé entièrement ou partiellement par l'employeur, y compris le Régime de rentes du Québec ou le Régime de pensions du Canada si l'adhérent a demandé sa rente de retraite après la date à laquelle son invalidité a débuté.

En ce qui concerne les montants calculés à l'étape 2 et à l'étape 3 :

- les revenus reçus pour les enfants ne sont pas inclus;
- si Croix Bleue estime qu'il y a des revenus auxquels l'adhérent est ou peut être admissible, Croix Bleue peut inclure ces montants dans ses calculs. Croix Bleue peut estimer ces montants si l'adhérent néglige d'en faire la demande ou de se prévaloir de son droit à ces montants;
- Croix Bleue calcule la réduction sans tenir compte des augmentations subséquentes à ces revenus en raison des ajustements au coût de la vie; et



Conseil pratique

Le montant de prestations d'invalidité de longue durée que vous recevez, ajouté à tout autre revenu d'invalidité auquel vous êtes admissible, ne peut dépasser le Maximum provenant de toutes sources figurant dans le Sommaire des garanties.

Garantie Invalidité de longue durée

- lorsqu'une indemnité est versée sous forme de somme globale plutôt que par versements mensuels, Croix Bleue inclut dans ses calculs le montant obtenu en divisant cette somme globale par :
 - le nombre de versements mensuels que représente la somme globale, s'il est connu de Croix Bleue; ou
 - 60, si Croix Bleue ne connaît pas ce nombre de mois.

Fin des prestations

Le versement des prestations prend fin à la première de ces éventualités :

- l'adhérent n'est plus totalement invalide;
- l'adhérent néglige de :
 - fournir à Croix Bleue une preuve satisfaisante de la continuité de l'invalidité totale;
 - se soumettre à un examen indépendant demandé par Croix Bleue; ou
 - participer à tout traitement raisonnable ou programme de réadaptation considérés comme appropriés par Croix Bleue;
- l'adhérent atteint l'âge de la Fin de la garantie mentionné dans le Sommaire des garanties;
- l'adhérent s'engage dans toute occupation, emploi ou bénévolat, autrement que dans le cadre d'un programme de réadaptation préapprouvé par Croix Bleue;
- l'adhérent refuse toute offre raisonnable de la part de l'employeur de modification de ses tâches ou d'un emploi alternatif; ou
- l'adhérent décède.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La preuve de sinistre doit parvenir à Croix Bleue dans les 90 jours suivant la fin du délai de carence.

Récidive d'invalidité

Si un adhérent totalement invalide qui recevait des prestations d'invalidité de longue durée retourne au travail et devient de nouveau totalement invalide, l'invalidité subséquente est considérée par Croix Bleue comme étant une continuité de l'invalidité précédente, si cette invalidité subséquente :

- résulte des mêmes causes ou de causes reliées et se produit dans les 6 mois suivant la date où l'adhérent a commencé à être effectivement au travail; ou
- résulte de causes différentes et non reliées à l'invalidité précédente et l'adhérent n'est pas complètement rétabli de la première invalidité et n'est pas retourné au travail pendant au moins 1 journée complète avant le début de l'invalidité subséquente.

Lorsque les périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme une seule période d'invalidité totale :

- le délai de carence ne s'applique pas une deuxième fois;
- la prestation payable est celle qui a été calculée pour la première période d'invalidité totale; et
- les prestations sont versées seulement pour le restant de la Durée maximale des prestations initiale.

Invalidité totale survenant pendant une période d'absence

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide pendant une période d'absence au travail au cours de laquelle la protection pour l'invalidité est interrompue, aucune prestation d'invalidité n'est alors payable.

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide pendant une période d'absence au travail au cours de laquelle la protection pour l'invalidité a été maintenue et les primes ont été payées :

- le délai de carence débute dès la date du début de l'invalidité totale;
- la durée maximale des prestations est considérée comme débutant à la date d'expiration du délai de carence; et



Conseil pratique

La **preuve de sinistre** comprend 3 formulaires : déclaration de l'employé, déclaration de l'employeur et déclaration du médecin. Ces formulaires sont disponibles sur notre site Internet.

- le versement des prestations débute à la date d'expiration du délai de carence ou à la date prévue de retour au travail de l'adhérent, selon la dernière de ces dates.

Programme de réadaptation

Si Croix Bleue le juge approprié, elle peut exiger que l'adhérent participe à un programme de réadaptation qu'elle a préapprouvé et consistant en :

- des soins médicaux, un traitement ou des mesures diagnostiques;
- un travail à temps plein, un travail à temps partiel ou du bénévolat effectués par l'adhérent, que celui-ci reçoive ou non un salaire ou une rémunération; ou
- une évaluation professionnelle, une formation ou un programme de recyclage visant la réadaptation.

Lorsque l'adhérent participe à un programme de réadaptation alors qu'il reçoit des prestations, les conditions suivantes s'appliquent :

- l'invalidité totale de l'adhérent n'est pas considérée comme terminée du seul fait qu'il entreprend un programme de réadaptation;
- si l'adhérent redevient totalement invalide alors qu'il participe à un programme de réadaptation, les modalités de la présente garantie s'appliquent comme si l'adhérent était resté totalement invalide pendant toute la durée du programme de réadaptation;
- la durée maximale des prestations continue de s'écouler malgré la participation à un programme de réadaptation; et
- pendant le programme de réadaptation, les prestations mensuelles sont réduites de 50 % de la rémunération reçue par l'adhérent d'un tel programme et sont réduites de nouveau, si nécessaire, pour s'assurer que le revenu total de l'adhérent, provenant de toutes sources, ne dépasse pas 100 % de son revenu avant le début de l'invalidité.

Exclusions et restrictions

1. Les prestations ne sont pas versées pour toute invalidité totale qui résulte, directement ou indirectement, de l'une des causes suivantes :
 - a) participation à un acte criminel ou tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
 - b) tout accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute drogue (y compris la marijuana) ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident;
 - c) toute maladie résultant de la consommation de drogues ou d'alcool, si l'adhérent ne reçoit pas de traitement continu pour l'utilisation de ces substances;
 - d) soins médicaux et traitements qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qui sont donnés à de seules fins esthétiques; ou
 - e) insurrection, guerre (déclarée ou non), hostilité des forces armées de tout pays ou participation à une émeute ou à un affrontement public.
2. Les prestations ne sont pas versées pour toute période pendant laquelle l'adhérent :
 - a) reçoit des prestations de maternité ou parentales en vertu de toute loi provinciale ou fédérale, ou prend un congé de maternité ou parental conformément à toute loi provinciale ou fédérale, ou toute entente entre l'adhérent et l'employeur, sous réserve de l'exclusion suivante :
 - les prestations sont versées pendant la portion du congé de maternité reliée à la santé, lorsque requis par toute loi applicable, à condition que la protection de l'adhérent soit demeurée en vigueur pendant la période d'absence au travail. La portion reliée à la santé du congé de maternité est considérée comme la période normale de rétablissement après un accouchement, qui est jugée raisonnable et appropriée par Croix Bleue;
 - b) est absent du Canada pour une quelconque raison, sauf si Croix Bleue accepte par écrit, à l'avance, de verser des prestations pendant cette période; ou
 - c) est incarcéré dans un établissement correctionnel ou une résidence communautaire, ou est en résidence surveillée par ordre de la cour criminelle.

Conditions préexistantes

Une condition préexistante est définie comme étant toute maladie diagnostiquée ou non ou blessure pour laquelle, au cours des 13 semaines précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur à son égard de la Garantie Invalidité de longue durée (en vertu du présent régime ou d'un contrat antérieur), l'adhérent :

- a eu une consultation médicale;
- s'est vu prescrire ou a pris des médicaments; ou
- a reçu un traitement, y compris des mesures diagnostiques.

Les prestations ne sont pas payables si l'invalidité totale résulte d'une condition préexistante, à moins que l'invalidité totale survienne au moins 12 mois après la date à laquelle l'adhérent est devenu couvert en vertu de la Garantie Invalidité de longue durée (en vertu du présent régime ou d'un contrat antérieur).

Objet de la garantie

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Autorisation préalable : Les médicaments admissibles que Croix Bleue détermine comme nécessitant une autorisation préalable ou une autorisation sur une base régulière de la part de Croix Bleue afin d'être admissibles à un remboursement. Les critères à respecter afin d'obtenir une autorisation préalable sont établis par Croix Bleue et peuvent inclure la participation de l'assuré à un programme de soutien aux patients ou l'essai d'un traitement de deuxième ligne à coût moins élevé. Si les critères cliniques établis ne sont pas satisfaits, Croix Bleue se réserve le droit de refuser la demande de règlement.

Groupe consultatif sur les médicaments : Le groupe de professionnels de la santé et de divers autres professionnels de l'industrie nommés par Croix Bleue pour évaluer les nouveaux médicaments et décider quels médicaments Croix Bleue doit inclure dans ses listes.

Médicament admissible : Un médicament :

- approuvé par Santé Canada;
- ayant un numéro d'identification du médicament (DIN);
- considéré selon Croix Bleue, comme un médicament essentiel ne nécessitant pas une ordonnance ou un médicament qui nécessite une ordonnance selon la loi, à moins qu'il ne soit spécifiquement mentionné comme étant couvert en vertu de la présente garantie;
- prescrit par un médecin ou par un professionnel de la santé autorisé à prescrire des médicaments en vertu de la législation provinciale pertinente;
- reconnu par Croix Bleue comme faisant partie des frais admissibles; et
- dispensé par un fournisseur approuvé, c'est-à-dire une pharmacie de détail autorisée ou un autre fournisseur approuvé par Croix Bleue.

Croix Bleue peut, en tout temps, modifier, ajouter ou supprimer des éléments de sa liste de médicaments admissibles.

Médicament essentiel ne nécessitant pas une ordonnance : Un médicament admissible que Croix Bleue juge comme étant essentiel et qui ne nécessite pas d'ordonnance en vertu de la loi. Une ordonnance d'un médecin ou d'un professionnel de la santé est tout de même requise afin que le médicament soit remboursable.

Médicament interchangeable : un médicament admissible qui peut être substitué par un autre médicament admissible, parce que les deux médicaments :

- sont considérés comme des équivalents pharmaceutiques par Santé Canada;
- contiennent les mêmes ingrédients actifs; et
- ont la même voie d'administration.

Médicament spécialisé à prix élevé : Un médicament admissible qui requiert une autorisation préalable et qui :

- est considéré par le Groupe consultatif sur les médicaments comme un médicament spécialisé à prix élevé; ou
- répond aux critères suivants :
 - coûte 10 000 \$ ou plus par traitement ou par année de contrat;
 - sert à traiter des maladies complexes qui sont chroniques et/ou mettent la vie en danger, comme les maladies cardiaques, l'arthrite rhumatoïde, le cancer, la sclérose en plaques ou l'hépatite C; et
 - est prescrit par un spécialiste.

Programme de soutien aux patients : Un programme qui fournit une assistance et des services aux assurés auxquels des médicaments spécialisés à prix élevé ont été prescrits.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les médicaments admissibles, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement est limité au Pourcentage de remboursement et aux Maximums mentionnés dans le Sommaire des garanties;
- l'adhérent doit payer le montant de la Franchise, s'il y a lieu, mentionné dans le Sommaire des garanties;
- Croix Bleue peut établir que certains médicaments admissibles sont assujettis à :
 - des montants maximums, des quantités et des fréquences maximales;
 - une autorisation préalable; ou
 - une coordination avec les programmes de soutien aux patients;
- le remboursement d'un médicament spécialisé à prix élevé peut être réduit en fonction du montant de l'aide financière offert en vertu d'un programme de soutien aux patients;
- le paiement des ordonnances pour des médicaments interchangeables se fait conformément à la Clause de substitution par un médicament moins coûteux de la présente section;
- le remboursement des médicaments biologiques peut être réduit au coût d'un médicament biosimilaire, tel que déterminé par Croix Bleue;
- le remboursement de médicaments admissibles qui ne sont pas distribués par une pharmacie de détail approuvée se limitera à un barème de prix tel que déterminé par Croix Bleue; et
- les prestations sont sujettes à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie.

La présente garantie couvre les frais décrits ci-dessous, à condition qu'ils répondent également à la définition de Frais admissibles de la section Termes-clés de la présente brochure :

- les fournitures pour personnes diabétiques, y compris les bâtonnets réactifs, les lancettes, les aiguilles, les seringues, ainsi que les fournitures pour pompe à insuline;
- les systèmes de surveillance du glucose, y compris les récepteurs, les transmetteurs et les capteurs pour la surveillance du glucose en continu (SGC) lorsque requis pour les assurés auxquels de l'insuline est prescrite pour le traitement du diabète;
- les frais pour les services de gestion des maladies chroniques incluant l'évaluation initiale, les services conseil et les sessions de suivi, l'encadrement sur la gestion des symptômes, la prise de médicaments et le développement de plans d'action pour des problèmes de santé considérés comme admissibles par Croix Bleue;
- les injections de viscosuppléance;
- les préparations et les composés, si leur ingrédient principal est un médicament admissible; et
- les médicaments admissibles prescrits qui apparaissent sur les listes suivantes de médicaments :

Médicaments spécialisés à prix élevé :

- **Liste gérée à partir de la date où elle est établie :** Cette liste est établie à une date précise et, après cette date, seuls les médicaments approuvés par le Groupe consultatif sur les médicaments seront ajoutés à cette liste.

Tous les autres médicaments admissibles :

- **Liste régulière :** La liste de tous les médicaments essentiels ne nécessitant pas une ordonnance, ainsi que la liste des médicaments admissibles qui ne peuvent légalement être obtenus que sur ordonnance. Cette liste n'est pas assujettie aux décisions du Groupe consultatif sur les médicaments.

Autorisation spéciale

Certains médicaments admissibles déterminés par Croix Bleue nécessitent une autorisation préalable ou une autorisation sur une base régulière de la part de Croix Bleue afin d'être admissibles à un remboursement. Les critères à respecter afin d'obtenir une autorisation spéciale sont établis par Croix Bleue et peuvent inclure la participation de l'assuré à un programme de soutien aux patients.

En quoi le programme d'autorisation préalable concerne-t-il ma demande de règlement?

La première fois que vous présentez une ordonnance pour un médicament admissible figurant sur la liste d'autorisation préalable, votre pharmacien vous avisera de la nécessité d'une autorisation préalable.

Vous pouvez vous procurer un formulaire de demande d'autorisation préalable pour médicaments sur ordonnance auprès de votre pharmacien, de votre employeur ou du bureau de Service à la clientèle de Croix Bleue le plus proche ou sur notre site Internet. Vous devez remplir la section du patient sur le formulaire et votre médecin doit remplir et signer la portion restante. Vous devez ensuite poster votre formulaire rempli au bureau de Croix Bleue le plus proche.

Votre demande d'autorisation sera examinée en toute confidentialité par un professionnel de la santé, conformément aux critères de remboursement établis. Lorsque toutes les informations nécessaires sont reçues par Croix Bleue, le délai de traitement habituel pour les décisions d'autorisation préalable est de 7 à 10 jours ouvrables.

Vous recevrez par écrit la décision concernant votre demande d'autorisation préalable. Si votre demande est approuvée, la confirmation inclura la date d'effet et la durée de votre approbation.

Tous les frais nécessaires pour remplir le formulaire ou pour obtenir des informations médicales supplémentaires sont votre responsabilité.

Caractéristiques du programme de gestion

Clause de substitution

S'il est mentionné dans le Sommaire des garanties que la Clause de substitution par un médicament moins coûteux s'applique, Croix Bleue rembourse le coût du médicament interchangeable dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, quel que soit le médicament interchangeable qui a été prescrit. En ce qui concerne les médicaments biologiques, Croix Bleue se réserve le droit de rembourser ces derniers au coût d'un médicament biosimilaire moins coûteux.

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

Substitution par un médicament moins coûteux :

La seule exception à cette clause est lorsque le médecin indique que le médicament interchangeable ne peut pas être substitué. Dans ce cas, Croix Bleue rembourse le médicament interchangeable qui a été prescrit, sans tenir compte du fait qu'un médicament interchangeable à moindre coût est disponible.



Conseil pratique

Votre régime collectif vous offre un accès immédiat à la plupart des médicaments admissibles.

Certains médicaments admissibles requièrent une autorisation préalable avant que votre ordonnance ne soit couverte.



Conseil pratique

Pour imprimer une copie de notre formulaire de demande d'autorisation spéciale pour médicament sur ordonnance, visitez notre site Internet.



Conseil pratique

Un médicament générique et son équivalent de marque sont considérés comme des médicaments interchangeables. Santé Canada impose, pour les médicaments génériques, les mêmes standards et tests que ceux qui sont exigés pour les médicaments de marque. Les médicaments génériques sont efficaces et sécuritaires, tout en étant moins coûteux.

Stratégie de gestion des opioïdes

S'il est mentionné dans le Sommaire des garanties que la stratégie de gestion des opioïdes s'applique, certains médicaments admissibles ne seront pas admissibles à un remboursement, et d'autres médicaments admissibles peuvent exiger une autorisation préalable. La stratégie de gestion des opioïdes fait en sorte que les assurés reçoivent un remboursement pour les médicaments ayant les meilleures données cliniques pour la gestion de la douleur tout en effectuant la gestion d'usage abusif ou de mésusage.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

Le Sommaire des garanties mentionne la Méthode de paiement qui s'applique à l'assuré en vertu du régime.

Paiement direct : Au moment de l'achat, le fournisseur approuvé soumet électroniquement à Croix Bleue la demande de règlement de l'assuré afin de vérifier son admissibilité. L'assuré paie alors au fournisseur approuvé la portion de la demande de règlement qui n'est pas couverte par la présente garantie. Croix Bleue rembourse directement au fournisseur approuvé la portion couverte de la demande de règlement.

Par contre, si l'assuré soumet à Croix Bleue un reçu pour une ordonnance de médicaments qu'il a payée en totalité au fournisseur approuvé, malgré la méthode de paiement direct offerte, Croix Bleue rembourse seulement le montant qui aurait été payé au fournisseur approuvé si la demande de règlement avait été soumise électroniquement.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Exclusions et restrictions

Sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties, les frais pour les catégories de médicaments ou services suivants ne sont pas admissibles à un remboursement, même lorsque prescrits :

- a) injections sclérosantes;
- b) auxiliaires antitabagiques;
- c) vaccins;
- d) vitamines orales et injectables;
- e) médicaments reliés aux cures d'amaigrissement, incluant les médicaments, les protéines et les aliments ou les suppléments alimentaires;
- f) produits de santé naturels incluant les produits homéopathiques, les plantes médicinales, les remèdes traditionnels, les suppléments nutritifs et les compléments alimentaires sauf lorsque mentionné spécifiquement;
- g) médicaments de fertilité;
- h) médicaments pour traiter le dysfonctionnement sexuel;
- i) stimulants pour la pousse des cheveux;
- j) services, traitements ou fournitures qui :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - ii. sont donnés à de seules fins esthétiques;
 - iii. sont facultatifs; ou
 - iv. ont une indication relative à des fins expérimentales ou de recherche;
- k) procédures en lien avec des médicaments injectés par un professionnel de la santé ou un médecin dans une clinique privée;

Conseil pratique

Si votre régime comporte un mode de paiement direct ou de paiement différé, demandez toujours à votre fournisseur approuvé de soumettre vos achats de façon électronique. Vous aurez ainsi la certitude de ne pas déboursier un montant plus élevé que nécessaire.

Conseil pratique

Comparez le prix des différents fournisseurs et trouvez le prix le plus avantageux pour vos médicaments d'ordonnance.

Pour une même ordonnance, le prix peut varier selon la pharmacie, même parmi les magasins d'une même bannière.

Conseil pratique

Lorsque vous payez les frais demandés en totalité et que vous soumettez ensuite vos demandes aux fins de remboursement, vous pourriez être surpris de devoir déboursier un plus gros montant, car votre pharmacien pourrait vous facturer davantage que le montant maximum permis par le système de Croix Bleue.

Garantie Médicaments

- l) médicaments qui, de l'avis de Croix Bleue, sont destinés à être administrés à l'hôpital, en raison de leur voie d'administration et de la condition pour laquelle le médicament est utilisé;
- m) frais payables par tout régime de santé gouvernemental ou en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail, de toute société de l'assurance automobile ou d'autres lois ou régimes semblables;
- n) services, traitements ou fournitures que l'assuré a reçus gratuitement;
- o) frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture;
- p) médicaments qui sont admissibles en vertu de la Garantie Voyage du régime, le cas échéant;
- q) toute forme de cannabis; et
- r) services de pharmacie.

Droit de transformation à une police d'assurance individuelle

Un adhérent qui n'est pas un assuré du Québec et qui n'est plus admissible à la Garantie Médicaments peut transformer sa couverture collective de médicaments en un régime individuel similaire offert par Croix Bleue.

Les régimes individuels émis en vertu du présent droit de transformation sont sujets aux modalités mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture de la présente brochure.

Les assurés du Québec qui ne sont plus admissibles à la Garantie Médicaments ne peuvent pas transformer leur couverture collective de médicaments en une assurance individuelle. S'ils ne sont pas admissibles à un autre régime collectif, ils doivent alors communiquer avec la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et s'inscrire au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ.

Exigences minimales de la couverture médicaments au Québec

La présente clause s'applique aux assurés du Québec.

Loi sur l'assurance médicaments

Le régime doit être administré conformément à la *Loi sur l'assurance médicaments* (« la Loi ») à l'égard des assurés du Québec, incluant les conditions de la Loi en ce qui concerne la coassurance maximale, les déboursés maximums, les médicaments admissibles, les médicaments d'exception et les services pharmaceutiques admissibles.

La clause Exclusions et restrictions de la présente garantie ne peut en aucun cas, à l'égard des assurés du Québec, rendre la couverture des médicaments moins généreuse que celle prévue par le régime général d'assurance médicaments établi par la Loi.

Déboursé maximum par année de contrat

Si au cours d'une année de contrat, l'adhérent dépense, pour des médicaments admissibles, un montant de frais supérieur au montant de la contribution maximale fixée par la RAMQ, pour lui-même ou pour ses personnes à charge, les montants admissibles qui excèdent cette contribution sont remboursés à 100 % par Croix Bleue, jusqu'à la fin de cette année de contrat. Le montant de la contribution comprend la franchise et la coassurance, s'il y a lieu, pour l'adhérent et ses personnes à charge.

Assurés du Québec âgés de 65 ans et plus

À l'âge de 65 ans, un assuré du Québec est automatiquement inscrit comme bénéficiaire du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ. Par conséquent, lorsqu'un tel assuré atteint l'âge de 65 ans, il doit décider :

- d'annuler son inscription automatique au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ afin de continuer sa couverture en vertu de la présente garantie; ou
- d'accepter la couverture du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ.

La décision d'accepter la couverture du régime public est irrévocable.

Garantie Médicaments

Les assurés du Québec qui choisissent la couverture du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ ne sont plus admissibles à la couverture en vertu de la présente garantie.

Exception : s'il est mentionné dans le Sommaire des garanties que la présente garantie offre une couverture complémentaire au régime public de la RAMQ, les frais suivants sont admissibles, sous réserve de la Franchise et du Pourcentage de remboursement mentionnés dans le Sommaire des garanties :

- la franchise et la coassurance payées par un assuré du Québec en vertu du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ; et
- le remboursement de tout médicament admissible qui n'est pas inclus dans le régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, mais qui est couvert en vertu de la présente garantie.

Si l'adhérent choisit de s'inscrire au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, ses personnes à charge doivent aussi s'inscrire auprès de la RAMQ.

Si un assuré du Québec décide de maintenir sa couverture de médicaments en vertu de la présente garantie, Croix Bleue se réserve le droit de modifier les taux de prime applicables à la présente garantie pour tout assuré du Québec âgé de 65 ans et plus.

Objet de la garantie

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Établissement de réadaptation physique : Un établissement public offrant des soins de réadaptation physique aux patients qui ont des déficiences et des incapacités physiques, qui ne nécessitent pas de soins actifs, mais qui ont besoin d'une supervision médicale continue dans le but de recouvrer une certaine capacité fonctionnelle et une qualité de vie. L'établissement doit être enregistré auprès de l'organisme gouvernemental approprié.

Exclusion : les maisons de repos, les maisons de soins infirmiers, les maisons de retraite, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les établissements prévus pour les soins de garde ou les centres pour le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme.

Hôpital : Un établissement de soins actifs qui offre des traitements à des patients hospitalisés, à l'exception de toute partie d'un tel établissement qui est conçu pour des soins de longue durée. L'établissement doit :

- avoir des installations à des fins de diagnostic et d'interventions chirurgicales majeures;
- être inscrit en vertu de la loi provinciale sur l'hospitalisation et être admissible aux paiements en vertu de cette loi;
- être exploité conformément à la loi applicable;
- offrir des soins infirmiers 24 heures sur 24; et
- exiger que chaque patient soit sous les soins directs d'un médecin.

Exclusion : les maisons de convalescence, les établissements de réadaptation physique ou psychiatrique, les maisons de maternité, les maisons de soins infirmiers, les maisons de repos, les maisons de retraite, les résidences pour personnes âgées, aveugles, sourdes ou malades chroniques ou psychiatriques, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les résidences pour personnes semi-autonomes ou les centres pour le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme. La définition d'hôpital exclut également toute section ou tout lit d'hôpital aménagés pour tous les types de soins indiqués dans le présent paragraphe.

Maison de convalescence : Un établissement public offrant des soins de convalescence aux patients qui sont en tout temps sous les soins directs d'un médecin. L'établissement doit être enregistré auprès de l'organisme gouvernemental approprié et offrir des soins infirmiers 24 heures sur 24.

Exclusion : les maisons de repos, les maisons de santé, les résidences pour personnes âgées, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les centres pour le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme ou les établissements prévus pour les soins de garde.

Soins actifs : Traitement de courte durée nécessaire pour :

- prévenir l'aggravation d'une blessure sévère, d'un épisode d'une maladie ou d'une condition médicale urgente;
- favoriser le rétablissement après une intervention chirurgicale; ou
- offrir des soins palliatifs pour les patients ayant un diagnostic de maladie en phase terminale et ayant une espérance de vie de moins de 3 mois.



Conseil pratique

Avantage Bleu[®] offre des rabais aux assurés de Croix Bleue pour les soins médicaux et les soins de la vue, et pour de nombreux autres produits et services offerts par des fournisseurs participants à travers le Canada.

Une liste des fournisseurs participants et des rabais est disponible au www.avantagebleu.ca.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais admissibles, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement est limité aux Pourcentages de remboursement et aux Maximums mentionnés ci-dessous ou dans le Sommaire des garanties;
- l'adhérent doit payer le montant de la Franchise, s'il y a lieu, mentionné dans le Sommaire des garanties; et
- les prestations sont sujettes à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie.

La présente garantie couvre les frais figurant explicitement dans les catégories suivantes, à condition qu'ils répondent également à la définition de frais admissibles dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Hospitalisation

Hôpital : L'occupation d'une chambre lorsque l'assuré est admis dans un hôpital en tant que patient hospitalisé pour des soins actifs. Le type de chambre admissible est mentionné dans le Sommaire des garanties.

Soins de convalescence / Réadaptation physique : L'occupation d'une chambre lorsqu'un assuré est admis dans une maison de convalescence ou un établissement de réadaptation physique dans les 14 jours suivant son congé de l'hôpital où il recevait des soins actifs.

La protection en vertu de l'Hospitalisation se limite à la chambre et à la pension.

Exclusion : les frais administratifs et secondaires (par exemple : télévision, téléphone et stationnement).

Fournitures et services médicaux

Service ambulancier : En cas d'urgence, les frais pour le transport en ambulance d'un patient sur civière, en provenance ou en direction de l'hôpital le plus proche pouvant offrir les soins d'urgence dont l'assuré a besoin, incluant le transport aérien ou ferroviaire.

Exclusion : les frais pour le transport entre hôpitaux.

Soins infirmiers : Les frais pour les services d'un infirmier autorisé ou d'un infirmier auxiliaire lorsque ces services sont rendus au domicile de l'assuré et ne sont pas principalement des soins de garde ou des soins d'une sage-femme.

Les soins infirmiers peuvent nécessiter une approbation préalable de Croix Bleue pour être remboursés, en tout ou en partie. Les montants de remboursement pour les soins infirmiers sont basés sur le barème de paiement établi par Croix Bleue pour chacune des provinces.

Les frais pour les services d'un aide-soignant au domicile peuvent également être admissibles si l'assuré est sous les soins professionnels d'un infirmier ou nécessite des soins à domicile pour son rétablissement après son congé de l'hôpital. Les aides-soignants offrent des services essentiels en lien avec les Activités de la vie quotidienne.

Exclusion : les frais pour les soins de garde, l'aide familiale, le magasinage, le transport, les soins de relève et les services non reliés aux activités de la vie quotidienne.



Conseil pratique

Avant de recevoir des soins infirmiers, vous devez obtenir l'approbation préalable de Croix Bleue en appelant le numéro sans frais indiqué sur votre carte d'identification Croix Bleue.

Professionnels de la santé : Les frais admissibles pour un traitement reçu de tout Professionnel de la santé mentionné dans le Sommaire des garanties. La protection se limite à :

- des traitements dispensés par un professionnel de la santé dans les limites de sa compétence; et
- 1 traitement par jour par professionnel.

Sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties, une recommandation médicale n'est pas requise pour que le traitement soit admissible à la protection.

Exclusions :

- produits fournis par un professionnel de la santé (sauf s'ils sont considérés comme couverts en vertu du présent régime);
- bilans de santé complets;
- frais pour des services obtenus dans un hôpital; et
- sessions de traitement en groupe.

Équipement médical : Les frais de location de l'équipement médical suivant :

- fauteuil roulant manuel ou électrique, incluant les insertions;
- coussins pour fauteuil roulant, 1 par 3 années de contrat ;
- lit d'hôpital manuel ou électrique, incluant le matelas et les côtés de lit de sécurité;
- équipement pour l'administration d'oxygène, percuteur, pompe à succion, appareil de ventilation spontanée en pression positive à deux niveaux (BiPAP), appareil de ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP) et respirateur;
- pompe à insuline pour le traitement du diabète de type 1, 1 pompe par 4 années de contrat, jusqu'à concurrence de 7 000 \$;
- matériel de traction et pompe de compression;
- tente à inhalation, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ à vie; et
- lève-personne.

L'achat d'équipement médical nécessite une approbation préalable de Croix Bleue, à défaut de quoi cet achat peut ne pas être admissible en tout ou en partie à un remboursement.

Si, en raison d'une longue maladie ou d'une invalidité prolongée, l'équipement médical est l'objet d'une utilisation à long terme, Croix Bleue peut, à sa discrétion, approuver l'achat de cet équipement. Si un tel achat est approuvé, la location ou l'achat d'une deuxième pièce d'un équipement semblable est limité à une fois par période de 5 années de contrat.

Deux pièces d'équipement sont semblables si elles remplissent une même fonction (par exemple, faciliter la respiration, assurer la mobilité ou distribuer de l'insuline).

Exclusion : les frais pour les matelas spéciaux et les appareils de climatisation ou les purificateurs d'air.

Aides à la mobilité et appareils orthopédiques : Les frais d'achat ou de location de béquilles, de cannes et de marchettes, de plâtre, d'attelles, de bandages herniaires, d'appareils de soutien et de collets cervicaux.

Prothèses : Les frais pour les prothèses suivantes :

- membres artificiels standards ou membres myoélectriques, jusqu'à concurrence de 1 par membre à vie. Un maximum de 10 000 \$ à vie s'applique pour les membres myoélectriques;
- yeux artificiels, jusqu'à concurrence de 1 par œil, à vie;
- nez artificiel, sous réserve d'un seul à vie;
- prothèses mammaires requises à la suite d'une mastectomie, jusqu'à concurrence de 1 prothèse par sein par 2 années de contrat; et



Conseil pratique

Avant de recevoir des soins ou des fournitures, demandez à votre professionnel de la santé s'il fait partie des fournisseurs approuvés par Croix Bleue, pour ainsi vous éviter des dépenses inattendues.



Conseil pratique

Vous devez obtenir l'approbation préalable de Croix Bleue avant l'achat d'équipement médical ou de prothèses pour éviter la surprise de devoir déboursier un montant important.

Garantie Soins de santé complémentaires

- prothèses capillaires lorsque la perte des cheveux est causée par une pathologie sous-jacente ou son traitement, jusqu'à concurrence de 300 \$ par année de contrat.

La réparation ou les ajustements des prothèses admissibles sont remboursés jusqu'à concurrence de 300 \$ par année de contrat.

Exclusions :

- genoux à microprocesseurs;
- prothèses capillaires lorsque la perte des cheveux n'est pas causée par une pathologie sous-jacente ou son traitement, traitement de remplacement des cheveux et autres traitements pour la perte physiologique des cheveux (par exemple, calvitie masculine); et
- remplacement des prothèses, sauf si requis en raison d'un changement pathologique ou physiologique.

Appareils pour personnes diabétiques : Les frais pour un glucomètre, un injecteur d'insuline à pression, un système de dosage de l'insuline, ou tout autre équipement approuvé par Croix Bleue qui a des fonctions similaires. L'équipement doit être utilisé pour le traitement et le contrôle du diabète.

Les pompes à insuline sont admissibles dans la catégorie Équipement médical.

Les fournitures pour personnes diabétiques sont admissibles dans la Garantie Médicaments.

Prothèses auditives : Les frais d'achat et de réparation de prothèses auditives lorsque prescrites par un otorhinolaryngologiste ou un otologiste, ou recommandées par un audiologiste, jusqu'au maximum global prévu pour les deux oreilles.

Exclusion : les frais pour les piles et les examens de l'audition.

Chaussures orthopédiques et orthèses plantaires fabriquées sur mesure :
Les frais pour :

- l'achat et la réparation de chaussures orthopédiques faites sur mesure ou de chaussures orthopédiques préfabriquées qui ont été personnalisées au moyen de modifications permanentes pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, à condition que :
 - les chaussures soient prescrites par le médecin traitant, un chirurgien orthopédiste, un physiatre, un rhumatologue ou un podologue ou podiatre;
 - l'assuré fournisse une copie de l'évaluation biomécanique ou de l'analyse de la démarche faite par le professionnel de la santé qui a prescrit les chaussures; et
 - les chaussures soient fournies par un fournisseur approuvé de chaussures orthopédiques.
- les orthèses plantaires faites sur mesure pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, à condition :
 - qu'elles soient prescrites par le médecin traitant, un chirurgien orthopédiste, un physiatre, un rhumatologue ou un podologue ou podiatre; et
 - qu'elles soient fournies par un fournisseur approuvé d'orthèses plantaires faites sur mesure.

Exclusion : l'achat et la réparation de chaussures orthopédiques préfabriquées sans modifications permanentes et de chaussures profondes.



Conseil pratique

Pour de plus amples renseignements sur la couverture des chaussures orthopédiques ou des orthèses plantaires, visitez notre site Internet.
www.cbmedavie.ca/misesajourgaranties

Tests diagnostiques : Les frais pour les tests diagnostiques suivants lorsque fournis par un laboratoire approuvé par Croix Bleue :

- analyses de laboratoire; et
- pour les résidents du Québec, services d'imagerie diagnostique (échographies, électrocardiogrammes, tomodensitogrammes (CT scans), radiographies et imagerie par résonance magnétique (IRM)). Les dépenses doivent être engagées au Canada.

Exclusion : les frais pour les services diagnostiques à des fins de dépistage, ainsi que les tests diagnostiques lorsque le régime de santé gouvernemental de l'assuré en interdit le remboursement.

Tests pharmacogénétiques : Les frais pour l'analyse de la constitution génétique d'un assuré afin de déterminer comment il réagira à certains médicaments prescrits ou comment il métabolisera ces médicaments. L'analyse doit être fournie par un laboratoire approuvé par Croix Bleue.

Autres fournitures et services médicaux : Les frais pour les fournitures et services médicaux suivants :

- matériel pour les tests d'allergies, jusqu'à concurrence de 50 \$ par année de contrat;
- achat d'un larynx artificiel, jusqu'à concurrence de 1 à vie;
- réparation d'un larynx artificiel, jusqu'à concurrence de 300 \$ par année de contrat;
- vêtements compressifs pour brûlures majeures, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année de contrat;
- vêtements de compression graduée (y compris les bas de contention), jusqu'à concurrence de 2 paires par année de contrat;
- fournitures pour personnes stomisées, cathéters et fournitures de cathétérisation;
- oxygène;
- aides orthophoniques pour les personnes n'ayant pas une capacité normale de communication verbale, si approuvées par un orthophoniste qualifié et autorisées par le médecin traitant, jusqu'à concurrence de 500 \$ à vie;
- manchons pour lymphœdème, jusqu'à concurrence de 2 par année de contrat;
- soutiens-gorge postopératoires, jusqu'à concurrence de 2 par année de contrat;
- neurostimulateurs transcutanés (TENS), jusqu'à concurrence de 550 \$ par 60 mois consécutifs (1 par 3 mois pour la location);
- entraînement visuel et exercices correctifs de la vue prodigués par un ophtalmologiste ou un optométriste, jusqu'à concurrence de 150 \$ à vie (**Options Argent et Or**); et
- verres de contact requis à la suite d'une kératite ulcéreuse, d'une cicatrisation sévère de la cornée, d'un kératocône, d'une aphakie ou d'une dégénérescence marginale de la cornée, jusqu'à concurrence de 200 \$ par 24 mois consécutifs. Les verres de contact doivent restaurer l'acuité visuelle à au moins 20/40 alors que cette amélioration ne serait pas possible avec des lunettes correctrices (**Options Argent et Or**).

Soins dentaires à la suite d'un accident : Les frais pour un traitement dentaire lorsque requis pour réparer ou remplacer des dents naturelles saines. Une dent est considérée comme saine, si, avant l'accident :

- elle n'avait aucune blessure, maladie ou défaut;
- elle ne nécessitait pas de restaurations supplémentaires pour rester intacte ou en place; et
- elle ne présentait pas de dégradation, ni de perte d'os ou de racine.

Pour être admissible à la protection, le traitement doit :

- être requis en raison d'un coup accidentel et direct à la bouche ou en raison d'une mâchoire fracturée ou disloquée nécessitant d'être remise en place;
- être requis en raison d'un accident subi alors que cette couverture était offerte par l'employeur;
- débuter dans les 180 jours suivant l'accident ou la dislocation, ou comprendre un plan de traitement détaillé satisfaisant pour Croix Bleue, lequel doit être soumis pour approbation à l'intérieur de cette période; et



Conseil pratique

Les montants couverts sont déterminés en fonction du guide des tarifs des dentistes généralistes applicable dans la province où les soins sont rendus, édition de l'année durant laquelle les frais ont été engagés.

Garantie Soins de santé complémentaires

- avoir été reçu dans les 2 ans suivant la date de l'accident ou de la dislocation, sauf si Croix Bleue a approuvé un traitement différé pour l'assuré en raison de son âge.

Exclusion : les dommages accidentels aux dents qui surviennent en mangeant.

Soins de la vue (Options Argent et Or)

Examen de la vue : Les frais engagés auprès d'un fournisseur approuvé pour un examen de la vue.

Verres, montures, verres de contact et chirurgie oculaire au laser : Les frais pour les produits et les services suivants sont admissibles lorsque prescrits par un fournisseur approuvé :

- les lunettes (montures et verres) et les verres de contact correcteurs;
- les lentilles intraoculaires implantées lors d'une chirurgie de la cataracte; et
- la chirurgie oculaire au laser.

Exclusion : les frais pour des lunettes de soleil non correctrices ou des lunettes protectrices.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

L'assuré paie au fournisseur approuvé le coût total des frais au moment de l'achat. Croix Bleue rembourse ensuite les frais admissibles à la réception de la preuve de paiement.

Certains fournisseurs approuvés peuvent offrir le paiement direct. Dans ce cas, le fournisseur approuvé soumet électroniquement à Croix Bleue la demande de règlement de l'assuré pour vérifier l'admissibilité au moment de l'achat. L'assuré paie seulement au fournisseur approuvé la portion de la demande de règlement qui n'est pas couverte par la présente garantie. Croix Bleue rembourse la portion restante de la demande de règlement directement au fournisseur approuvé.

Comment les frais admissibles sont-ils calculés

Le remboursement des frais admissibles est calculé de la façon suivante :

- Étape 1. Croix Bleue applique tout maximum usuel, raisonnable et conforme à la pratique courante. Les frais admissibles correspondent au moindre entre le coût réel et les frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante pour le service ou la fourniture;
- Étape 2. Croix Bleue soustrait la franchise (s'il y a lieu);
- Étape 3. le pourcentage de remboursement s'applique au restant des frais admissibles;
- Étape 4. le résultat est le montant payable par Croix Bleue, sous réserve de tout maximum applicable.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Exclusions et restrictions

Aucune prestation n'est payable (ou les prestations sont réduites) pour :

- a) services, traitements, articles ou fournitures qui n'entrent pas dans les catégories de frais admissibles figurant dans la présente garantie;
- b) soins médicaux couverts en vertu de tout régime de santé gouvernemental ou les frais payables en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail, de toute société de l'assurance automobile ou d'autres lois ou régimes semblables;
- c) services, traitements ou fournitures qui étaient couverts en vertu des régimes mentionnés en b) à la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur, mais qui ont cessé de l'être ou à l'égard desquels ces régimes ont été modifiés;
- d) services, traitements ou fournitures que l'assuré a reçus gratuitement;
- e) frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture;

- f) services, traitements ou fournitures qui :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - ii. sont donnés à de seules fins esthétiques;
 - iii. sont facultatifs; ou
 - iv. sont expérimentaux ou aux fins de recherche;
- g) services reliés à la planification des naissances (à l'exception des frais spécifiquement mentionnés comme un frais admissible en vertu du présent régime), y compris l'insémination artificielle et les frais de laboratoire ou autres reliés aux traitements de fertilité, que l'infertilité soit considérée comme une maladie ou non;
- h) frais pour les services admissibles en vertu de la Garantie Voyage du régime, le cas échéant;
- i) services ou fournitures normalement destinés aux loisirs ou aux sports;
- j) fournitures supplémentaires, telles que les pièces de rechange et les substituts;
- k) frais pour les rendez-vous manqués ou pour remplir des formulaires;
- l) examens médicaux ou bilans de santé;
- m) traitement ou appareil, directement ou indirectement relié à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale ou toute dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire ou dysfonction myofaciale;
- n) frais de kilométrage ou de livraison en provenance ou en direction d'un hôpital ou vers un professionnel de la santé; ou
- o) services ou frais engagés en raison :
 - i. d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non), de l'hostilité des forces armées de tout pays ou de la participation à une émeute ou à un affrontement public; ou
 - ii. de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu.

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Un assuré qui n'est plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie peut transformer sa couverture collective en un régime individuel similaire de soins de santé complémentaires offert par Croix Bleue. Les régimes individuels émis en vertu du présent droit de transformation sont sujets aux modalités mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture de la présente brochure.

Objet de la garantie

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définition spécifique

La définition qui suit s'applique à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Unité : Une unité de temps correspond à un intervalle de 15 minutes ou à toute portion d'un intervalle de 15 minutes.

Exception : Lorsque la couverture est décrite en termes d'unités de temps, mais que les frais ne sont pas décrits en termes d'unités de temps :

- dans le guide des tarifs en vigueur dans la province où le traitement est rendu, ou
- dans le guide des tarifs mentionné dans le présent régime,

chaque service donné est alors considéré comme 1 unité de temps, peu importe sa durée.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais admissibles, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement de tous les frais admissibles est limité aux Pourcentages de remboursement et aux Maximums mentionnés ci-dessous ou dans le Sommaire des garanties;
- l'adhérent doit payer le montant de la Franchise, s'il y a lieu, mentionné dans le Sommaire des garanties;
- le montant des frais admissibles auquel le Pourcentage de remboursement s'applique est le moindre :
 - des frais effectivement engagés par l'adhérent; ou
 - des tarifs mentionnés dans le guide des tarifs dentaires approuvé par Croix Bleue (le guide applicable et son année d'édition sont mentionnés dans le Sommaire des garanties);
- les dépenses admissibles de frais de laboratoire sont limitées à 60 % du montant indiqué dans le guide des tarifs pour le service fourni;
- lorsqu'une ou plusieurs formes de traitements alternatifs existent, le paiement est limité au coût du traitement le moins cher répondant aux besoins dentaires de base de l'assuré. La présente clause s'applique aux services mentionnés dans l'Application de la solution de rechange la moins coûteuse prévue dans le Sommaire des garanties;
- les frais admissibles doivent avoir été engagés auprès :
 - d'un dentiste;
 - d'un denturologiste, lorsque les services sont dans les limites de sa compétence; ou
 - d'un hygiéniste dentaire sous la supervision d'un dentiste ou travaillant de façon autonome lorsque la législation provinciale le permet; et
- les prestations sont sujettes à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie.

La présente garantie couvre les frais figurant explicitement dans les catégories suivantes, à condition qu'ils répondent également à la définition de frais admissibles de la section Termes-clés de la présente brochure.



Conseil pratique

Croix Bleue paie jusqu'à concurrence du montant figurant dans le guide des tarifs indiqué dans le Sommaire des garanties.

Avant de commencer votre traitement, demandez à votre dentiste s'il base ses tarifs sur le guide des tarifs de sa province.



Conseil pratique

Vous êtes responsable de payer tous les frais excédant le guide des tarifs figurant dans le Sommaire des garanties. Il est important d'en tenir compte, car cela peut influencer directement ce que vous déboursez de votre poche.

Soins préventifs

Examens et diagnostic : Frais engagés pour les services suivants :

- Examen buccal complet ou général, jusqu'à concurrence de 1 par 24 mois consécutifs;
- Examen de rappel;
- Examen buccal d'urgence; et
- Examen limité ou d'un aspect particulier, jusqu'à concurrence de 1 par année de contrat.

Radiographies : Frais engagés pour les services suivants :

- Série complète, jusqu'à concurrence de 1 par 2 années de contrat;
- Pellicule panoramique, jusqu'à concurrence de 1 par 2 années de contrat;
- Intra-orales :
 - périapicales;
 - occlusales, jusqu'à concurrence de 1 procédure par année de contrat; et
 - interproximales, jusqu'à concurrence de 1 procédure par 9 mois consécutifs;
- Sialographies; et
- Substances radio-opaques.

Tests et examens de laboratoire : Frais engagés pour les services suivants :

- Culture microbiologique;
- Biopsie des tissus buccaux mous;
- Biopsie des tissus buccaux durs; et
- Examen cytologique.

Services préventifs : Frais engagés pour les services suivants :

- Polissage des dents;
- Traitement au fluorure;
- Instruction d'hygiène buccale, jusqu'à concurrence de 1 unité à vie;
- Scellants des puits et des fissures (pour les assurés de moins de 18 ans seulement);
- Détartrage; et
- Appareils de maintien (pour les assurés de moins de 18 ans seulement).

Soins de base

Services de restauration : Frais engagés pour les services suivants :

- Restaurations en amalgame, en acrylique, en silicate ou en composite des dents antérieures et postérieures;
- Tenons de rétention;
- Restaurations préfabriquées en acier inoxydable ou en polycarbonate; et
- Coiffage de pulpe.

Endodontie : Frais engagés pour les services suivants :

- Pulpotomie;
- Pulpectomie;
- Traitement de canal;
- Chirurgie endodontique;
- Blanchiment (sur dents devitalisées seulement); et
- Apexification.

Conseil pratique

Lorsqu'un traitement dentaire est requis à la suite d'un accident, il devient admissible dans les frais de soins de santé complémentaires, plutôt que dans la présente garantie.

Conseil pratique

Détartrage désigne l'enlèvement de la plaque, du calcul et des taches sur les dents.

Conseil pratique

Restaurations (plombage) désignent le matériel dentaire utilisé pour restaurer la fonction et l'intégrité d'une dent.

Conseil pratique

Endodontie désigne les soins relatifs aux traitements de canal et aux tissus entourant la racine des dents.

Parodontie : Frais engagés pour les services suivants :

- Chirurgie parodontale;
- Jumelage provisoire;
- Soins des infections aiguës;
- Désensibilisants, jusqu'à concurrence de 3 unités par année de contrat;
- Curetage;
- Surfaçage radiculaire;
- Équilibrage de l'occlusion, jusqu'à concurrence de 3 unités par année de contrat;
- Appareils parodontaux, jusqu'à concurrence de 1 par 2 années de contrat;
- Ajustements aux appareils, jusqu'à concurrence de 3 unités par année de contrat; et
- Autres services parodontaux complémentaires.



Conseil pratique

Parodontie désigne la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies de gencive.

Ajustement de prothèses amovibles : Frais engagés pour les services suivants :

- Réparations;
- Ajustements;
- Rebasage ou regarnissage, jusqu'à concurrence de 1 prothèse supérieure et 1 prothèse inférieure par 2 années de contrat; et
- Nettoyage et polissage.

Chirurgie buccale : Frais engagés pour les services suivants :

- Ablation de dents et de racines;
- Exposition et déplacement chirurgicaux de dents;
- Incision, ablation et drainage de tumeurs ou de kystes;
- Frénectomie (modification chirurgicale du frein);
- Ablation, réduction ou correction de tissu osseux et gingival; et
- Soins post-chirurgicaux.

Services généraux complémentaires : Frais engagés pour les services suivants :

- Anesthésie;
- Pansement temporaire pour le soulagement d'urgence de la douleur; et
- Finition des obturations.

Soins de restauration majeure (Options Argent et Or)

Restaurations complexes : Frais engagés pour les services suivants :

- Incrustations;
- Incrustations avec recouvrement de cuspides; et
- Couronnes : pour dents endommagées en raison de caries ou d'une blessure traumatique (ceci exclut les restaurations préfabriquées).

Un seul des services mentionnés ci-dessus est admissible par dent, par 5 années de contrat.

Autres services de restauration : Frais engagés pour les services suivants :

- Corps coulé;
- Pivot préfabriqué;
- Recimentation d'incrustation ou de couronne; et
- Ablation d'incrustation ou de couronne.

Prothèses dentaires : Frais engagés pour les services suivants :

- Prothèses amovibles complètes et partielles, jusqu'à concurrence de 1 par 5 années civiles;
- Pont, jusqu'à concurrence de 1 par dent par 5 années civiles;
- Implants, si mentionnés dans le Sommaire des garanties;
- Restaurations finales sur implants (c'est-à-dire couronnes, ponts et prothèses), jusqu'à concurrence de 1 par dent par 10 années civiles, si spécifié dans le Sommaire des garanties; et
- Fabrication et pose initiales d'une prothèse dentaire fixe ou d'un pont, si nécessaire en raison de l'extraction d'au moins 1 dent naturelle alors que l'assuré est couvert en vertu de la présente garantie.

Soins orthodontiques (Option Or)

Frais engagés pour les services suivants :

- Examens orthodontiques;
- Modèles de diagnostic orthodontiques non montés;
- Appareils amovibles pour repositionner les dents;
- Appareils fixes ou cimentés (appareils orthodontiques);
- Appareils de contrôle des habitudes buccales;
- Appareils de rétention; et
- Traitement complet majeur.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

Au moment de l'achat, le fournisseur approuvé soumet la demande de règlement directement à Croix Bleue ou remet à l'assuré un formulaire de demande de règlement rempli, ainsi qu'un reçu, lesquels doivent alors être soumis à l'assureur par l'assuré. Ce dernier doit alors, selon le cas :

- payer la portion de la demande de règlement qui n'est pas couverte par la présente garantie et Croix Bleue rembourse directement la portion restante au fournisseur approuvé; ou
- payer le montant total facturé par le fournisseur approuvé et être ensuite remboursé par Croix Bleue pour toute portion admissible.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Évaluation préalable pour les demandes de règlement de plus de 500 \$

Lorsque le coût total de tout traitement est estimé à plus de 500 \$, l'adhérent doit soumettre à Croix Bleue, avant le début du traitement, un plan de traitement détaillé précisant le type de traitement qui doit être fait, ainsi que le prix demandé.

Croix Bleue avise ensuite l'adhérent du montant admissible à un remboursement. Le traitement doit être rendu par le dentiste qui a préparé le plan de traitement, à défaut de quoi un nouveau plan de traitement doit être soumis à Croix Bleue pour une réévaluation.

Date du traitement

Les frais admissibles sont considérés comme ayant été engagés à la date à laquelle les soins ou les fournitures ont été donnés. Pour les procédures nécessitant plus de 1 séance, les frais admissibles sont considérés comme ayant été engagés à la date à laquelle la procédure complète s'est terminée ou à laquelle l'appareil a été mis en place.



Conseil pratique

Prothèses dentaires désignent le diagnostic, le traitement, la réadaptation et le maintien des fonctions, du confort, de l'apparence et de la santé buccale, pour les patients aux prises avec des conditions associées à des dents manquantes ou déficientes.



Conseil pratique

Soins orthodontiques désignent le traitement pour la correction des malpositions dentaires et des déformations maxillaires.

Exclusions et restrictions

Sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties, aucune prestation n'est payable (ou les prestations sont réduites) pour les éléments suivants :

- a) services, traitements, articles ou fournitures qui n'entrent pas dans les catégories de frais admissibles figurant dans la présente garantie;
- b) services, traitements ou fournitures couverts par tout régime de santé gouvernemental ou frais payables en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail, de toute société de l'assurance automobile ou d'autres lois ou régimes semblables;
- c) soins dentaires qui étaient couverts en vertu des régimes mentionnés en b) à la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur, mais qui ont cessé de l'être ou à l'égard desquels ces régimes ont été modifiés;
- d) services, traitements ou fournitures que l'assuré a reçus gratuitement;
- e) frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture;
- f) dispositif anti-ronflement et appareil buccal pour l'apnée du sommeil;
- g) soins donnés par un hygiéniste dentaire, mais qui ne sont pas administrés sous la surveillance d'un dentiste, sauf dans les provinces où une telle supervision n'est pas légalement requise;
- h) services, traitements ou fournitures qui :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires (sauf pour les soins préventifs);
 - ii. sont donnés à de seules fins esthétiques; ou
 - iii. sont expérimentaux ou aux fins de recherche;
- i) services ou frais engagés en raison :
 - i. d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non), de l'hostilité des forces armées de tout pays ou de la participation à une émeute ou à un affrontement public; ou
 - ii. de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
- j) dépenses engagées après la date de fin de la couverture de l'assuré, même si un plan de traitement détaillé a été soumis et approuvé par Croix Bleue avant cette date;
- k) soins dentaires admissibles en vertu de la Garantie Soins de santé complémentaires du présent régime, le cas échéant;
- l) jumelage pour des raisons de parodontie, lorsque des couronnes, des incrustations ou des recouvrements de cuspides sont utilisés à cette fin;
- m) traitement ou appareil, directement ou indirectement relié à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale ou toute dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire ou dysfonction myofaciale;
- n) facettes;
- o) implants et services qui y sont reliés;
- p) fournitures supplémentaires, telles que les pièces de rechange et les substituts; ou
- q) frais pour les rendez-vous manqués ou pour remplir des formulaires.

Garantie Voyage

Objet de la garantie

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Urgence ou situation d'urgence : Une situation soudaine et inattendue qui nécessite un traitement médical immédiat suite à :

- une blessure qui résulte d'un accident;
- une nouvelle condition médicale qui débute au cours d'un voyage; ou
- une condition médicale que l'assuré avait avant un voyage (ou avant de réserver un voyage), mais qui ne fait pas l'objet d'un plan de traitement établi.

Hôpital : Un établissement qui :

- est enregistré en tant qu'hôpital accrédité à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré;
- offre des soins et des traitements à des patients internes ou externes;
- offre les services d'un infirmier diplômé 24 heures par jour;
- dispose d'un laboratoire; et
- a une salle d'opération où des interventions chirurgicales sont pratiquées par un chirurgien légalement accrédité.

Exclusion : tout établissement utilisé principalement comme clinique, établissement ou partie d'établissement pour les soins prolongés, maison de convalescence, maison de repos, établissement thermal ou centre pour le traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme, sauf si Croix Bleue l'a spécialement autorisé.

Membre de la famille immédiate : Les parents, le conjoint, les enfants de l'assuré, ainsi que ses frères et sœurs.

Événement : Une occurrence isolée de cas d'urgence.

Compagnon de voyage : Les personnes qui partagent des arrangements de voyage payés à l'avance avec l'assuré, sous réserve d'un maximum de 3 compagnons de voyage, pour un voyage donné.

Voyage : Déplacement de l'assuré à l'extérieur de sa province de résidence.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais figurant dans les catégories ci-dessous, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement des frais admissibles est limité au Pourcentage de remboursement, aux Maximums et à la Durée de la protection mentionnés ci-dessous ou dans le Sommaire des garanties;
- l'assuré doit obtenir l'autorisation préalable de Croix Bleue avant d'engager des frais admissibles;
- les frais doivent être usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante, c'est-à-dire que :
 - le montant facturé est conforme au montant généralement facturé par les professionnels de la santé pour des produits et des services semblables dans le lieu géographique où le service ou la fourniture ont été obtenus; et
 - la fréquence et la quantité d'achat des services et des fournitures sont, de l'avis de Croix Bleue en consultation avec ses consultants médicaux, conforme à la fréquence et à la quantité généralement prescrites ou nécessaires pour la condition de l'assuré;
- les remboursements sont limités conformément à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie;

- les remboursements pour la présente garantie 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 présent régime et de tout autre régime, la présente garantie sera coordonnée avec l'autre régime, comme il est mentionné à la section *Modalités de la couverture* de la présente brochure); et
- le remboursement est sujet à vérification après remboursement (droit d'audit).

Garantie Médico-hospitalière d'urgence

Croix Bleue rembourse les frais admissibles figurant dans cette section si :

- ceux-ci sont engagés en raison d'une urgence;
- l'assuré était couvert par un régime de santé gouvernemental lorsque l'urgence est survenue; et
- Croix Bleue est d'avis que la dépense est nécessaire pour stabiliser la condition médicale de l'assuré.



Conseil pratique

Assurez-vous d'apporter votre carte d'identification Croix Bleue lorsque vous voyagez.

Hospitalisation : Les frais pour une chambre dans un hôpital (une seule chambre) et les services médicalement nécessaires pour les patients internes et externes.

Honoraires de médecins : Les honoraires pour les services d'un médecin ou d'un chirurgien.

Appareils médicaux : Le coût de plâtres, de béquilles, de cannes, d'écharpes, d'attelles, de bandages herniaires et d'appareils de soutien, ainsi que le coût de location temporaire d'un fauteuil roulant ou d'un scooter, lorsque prescrits par le médecin traitant.

Soins infirmiers : Sur ordonnance du médecin traitant, les honoraires pour des soins infirmiers privés dispensés par un infirmier ou un infirmier auxiliaire qui n'a aucun lien de parenté avec l'assuré et qui n'est pas un employé de l'hôpital.

Exclusion : les honoraires d'infirmiers pour des soins de garde.

Frais de diagnostic : Les frais d'analyses de laboratoire, de radiographies et d'imagerie diagnostique, lorsque prescrites par le médecin traitant.

Médicaments : Le coût de médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin, sous réserve de la quantité suffisante pour traiter la condition pendant la période du voyage. L'assuré doit fournir une preuve d'achat satisfaisante de ces médicaments, indiquant :

- le nom de l'assuré;
- la date d'achat;
- le nom du médicament;
- le numéro d'identification du médicament, si disponible;
- la posologie et le dosage du médicament; et
- le coût total.

Services paramédicaux : Les honoraires pour les services de chiropraticiens, d'ostéopathes, de podologues ou podiatres et de physiothérapeutes.

Exclusion : les frais pour les radiographies.

Soins dentaires à la suite d'un accident et autres urgences dentaires : Les honoraires pour les services d'un dentiste pour un traitement :

- a) relatif à l'endommagement de dents naturelles résultant d'un coup direct accidentel à la bouche;
- b) nécessaire pour réparer une fracture ou une dislocation de la mâchoire résultant d'un accident; ou
- c) nécessaire pour soulager une douleur dentaire urgente, autre que les cas figurant en a) ou en b).

Pour un traitement des catégories a) ou b) :

- le traitement doit débuter alors que l'assuré est couvert par la présente garantie et se terminer dans les 6 mois suivant l'accident, sauf si un traitement différé est approuvé par Croix Bleue en raison de l'âge du patient; et
- le remboursement maximal par événement est de 2 000 \$.

Pour les traitements de la catégorie c), le remboursement maximal par événement est de 200 \$.

Service ambulancier : Les frais de transport terrestre ou aérien en ambulance pour conduire un patient en civière jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Les frais de transport entre hôpitaux sont inclus si le médecin traitant et Croix Bleue déterminent que les installations existantes ne sont pas appropriées pour le traitement ou la stabilisation de l'assuré.

Rapatriement dans la province de résidence : Les frais pour le rapatriement de l'assuré dans sa province de résidence pour recevoir des soins médicaux immédiats, ainsi que les frais de rapatriement simultané d'un compagnon de voyage ou des membres de sa famille qui l'accompagnent et qui sont couverts en vertu du régime. Est également admissible le coût d'un préposé médical qui l'accompagne.

Si le retour se fait sur un vol commercial, la couverture inclut :

- le transport en classe économique jusqu'à la ville de résidence de l'assuré au Canada; et
- s'il s'agit d'un préposé médical, le transport de retour en classe économique.

Sauf si le rapatriement ou le transfert de l'assuré est impossible pour des raisons médicales jugées satisfaisantes par Croix Bleue, cette dernière peut demander le rapatriement de tout assuré ou son transfert vers un autre établissement hospitalier. Si l'assuré refuse le rapatriement ou le transfert, tous ses droits aux prestations prennent fin relativement à l'événement en cause.

Transport pour visiter l'assuré : Les frais exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour le transport aller-retour en classe économique d'un membre de la famille immédiate de l'assuré, jusqu'à l'hôpital où ce dernier a été admis depuis 7 jours ou plus, si le médecin traitant atteste par écrit la nécessité d'une telle visite. Croix Bleue peut toutefois renoncer à appliquer le critère de 7 jours si elle le juge pertinent.

Advenant le décès de l'assuré, les frais exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour le transport aller-retour en classe économique d'un membre de sa famille immédiate, aux fins d'identification de son corps.

Retour du véhicule : Les frais engagés par une agence commerciale pour le retour du véhicule de l'assuré, personnel ou loué, jusqu'à sa résidence ou jusqu'à l'agence de location appropriée la plus proche, lorsque l'assuré est incapable de conduire en raison d'une urgence. Un certificat médical du médecin traitant confirmant l'incapacité médicale de l'assuré à conduire le véhicule est requis. La prestation versée est sujette à un maximum de 1 000 \$ par voyage.

Retour de la dépouille : Les frais pour la préparation et le retour de la dépouille de l'assuré jusqu'à son point de départ dans sa province de résidence, jusqu'à un maximum de 5 000 \$.

Repas et hébergement : Les frais pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial lorsque le voyage de l'assuré est retardé en raison d'une situation d'urgence subie par l'assuré ou son compagnon de voyage. Le médecin traitant doit documenter la raison médicale qui a entraîné le délai. Le remboursement maximal est de 150 \$ par jour et d'un maximum de 20 jours (jusqu'à un montant maximum global de 3 000 \$ par événement). Tous les frais doivent être appuyés par des reçus d'établissements commerciaux.

Assistance voyage

Par l'intermédiaire de son fournisseur d'assistance voyage, Croix Bleue fournit une ligne d'urgence sans frais, 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, pour les assurés qui ont besoin d'assistance médicale ou générale au cours d'un voyage.

Assistance médicale

Lorsque l'assuré a besoin d'être hospitalisé ou de consulter un médecin en raison d'une urgence, le fournisseur d'assistance voyage de Croix Bleue fournit les services de soutien suivants :

- diriger l'assuré vers une clinique ou un hôpital appropriés;
- confirmer la couverture de l'assuré auprès du fournisseur de service;
- assurer le suivi du dossier médical et communiquer avec le médecin de famille de l'assuré;
- coordonner le retour à la maison d'un enfant si l'assuré est hospitalisé;
- rapatrier l'assuré dans sa province de résidence si l'assuré répond aux critères requis pour le rapatriement;
- organiser le transport d'un membre de la famille immédiate jusqu'au chevet de l'assuré si ce dernier répond aux critères requis pour une telle visite; et
- coordonner le retour du véhicule de l'assuré si ce dernier répond aux critères requis pour un tel retour.

Assistance générale

Dans les situations d'urgence, le fournisseur d'assistance voyage de Croix Bleue fournit également les services suivants à l'assuré :

- transmission de messages urgents;
- coordination des demandes de règlement;
- service d'un interprète lors d'appels d'urgence;
- référence à un avocat dans le cas d'un accident grave;
- règlement des formalités en cas de décès;
- assistance en cas de perte ou de vol de papiers d'identité; et
- informations sur les ambassades et les consulats.

Des conseils avant le voyage en ce qui concerne les visas et les vaccins sont également offerts.

Croix Bleue et son fournisseur d'assistance voyage ne sont pas responsables de la qualité des soins médicaux et hospitaliers reçus par l'assuré, ni de l'accessibilité de ces soins ou de l'impossibilité de les obtenir.

Patients dirigés hors Canada

Lorsqu'un médecin traitant dirige un assuré à l'extérieur du Canada pour des soins médicaux non offerts au Canada, Croix Bleue rembourse la portion des frais figurant ci-dessous qui excède le montant remboursé par le régime de santé gouvernemental de l'assuré.

Services hospitaliers : Les frais pour :

- la chambre d'hôpital;
- la chambre de soins intensifs;
- les services infirmiers;
- les services donnés dans la salle d'opération et la salle de réveil;
- les services de laboratoire et de diagnostic, y compris les radiographies;
- l'oxygène et le sang;
- les médicaments sur ordonnance, y compris les solutions intraveineuses; et
- la physiothérapie.

Médecins et chirurgiens : Les honoraires professionnels demandés par un médecin ou un chirurgien.

Service ambulancier et accompagnateur : Les frais pour les services ambulanciers requis pour le transport d'un patient sur civière en direction ou en provenance de l'hôpital le plus proche pouvant offrir les soins actifs, y compris tous frais pour le voyage d'un infirmier accompagnateur ou d'un préposé médical, sans aucun lien de parenté avec le patient.

Pour être admissibles à la protection, les frais doivent être approuvés au préalable par Croix Bleue, et le régime de santé gouvernemental de l'assuré doit accepter de couvrir une portion des frais.

Garantie Annulation et interruption de voyage

Croix Bleue rembourse les frais admissibles figurant dans cette section si :

- les frais ont été engagés en raison de la réalisation d'un risque admissible figurant dans la présente section;
- le risque admissible s'est produit en raison d'une situation d'urgence ou d'une situation hors du contrôle de l'assuré;
- l'assuré avertit Croix Bleue de la réalisation du risque admissible dans le délai indiqué dans la présente section;
- l'assuré n'était pas au courant, au moment où les arrangements de voyage ont été faits, de tout événement qui aurait raisonnablement pu l'empêcher d'effectuer le voyage comme prévu; et
- l'assuré présente une preuve de sinistre qui répond aux critères de la présente section.

Les montants payables sont limités à la portion des frais admissibles qui ne peut être créditée ou remboursée en espèces au moment où le risque s'est réalisé.

Risques admissibles

L'assuré est admissible à un remboursement si son voyage est annulé, interrompu ou prolongé en raison d'un des éléments suivants :

- a) hospitalisation ou décès de l'assuré, d'un membre de sa famille immédiate ou d'un compagnon de voyage, d'un membre de la famille immédiate du compagnon de voyage, ou décès d'un associé d'affaires, d'un employé-clé ou de la personne qui prend soin de l'assuré ou de son compagnon de voyage;
- b) maladie ou blessure de l'assuré ou de son compagnon de voyage ou d'un membre de leur famille immédiate, ou d'un associé d'affaires, d'un employé-clé, ou de la personne qui prend soin de l'assuré ou de son compagnon de voyage, si la condition est suffisamment grave pour entraîner l'annulation, l'interruption ou la prolongation du voyage de l'assuré;
- c) grossesse de l'assurée ou de la compagne de voyage si :
 - i. la grossesse débute après la date à laquelle un dépôt non remboursable pour le voyage a été fait ou après la date à laquelle le billet a été acheté; et
 - ii. la date de départ ou de retour se situe dans les 8 semaines qui précèdent ou qui suivent la date prévue de l'accouchement;
- d) convocation de l'assuré ou de son compagnon de voyage à agir comme juré ou leur assignation à comparaître comme témoin dans un procès dont la tenue est prévue pendant le voyage, à l'exception des officiers responsables de l'application de la Loi;
- e) mise en quarantaine ou détournement d'avion subis par l'assuré, son compagnon de voyage ou un membre de leur famille immédiate;
- f) sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de l'assuré ou de son compagnon de voyage;
- g) mutation de l'assuré, de son compagnon de voyage ou de leur conjoint, qui provoque le déménagement de la résidence principale de l'assuré ou de son compagnon de voyage;
- h) appel en service de l'assuré ou de son compagnon de voyage, dans le cas d'un officier responsable de l'application de la Loi, d'un pompier, d'un réserviste ou d'un membre des Forces armées;
- i) vol ou correspondance manqués en raison du retard d'un transporteur (ligne aérienne, autobus, ou train) causé par des conditions météorologiques, une défaillance mécanique, un accident, un barrage routier dirigé par la police ou du retard d'une automobile causé par un accident de la route;
- j) décès ou hospitalisation de l'hôte de l'assuré à la destination du voyage;

- k) perte involontaire de l'emploi permanent de l'assuré ou de son compagnon de voyage, qu'il occupait depuis au moins une année complète et qui entraîne l'annulation du voyage;
- l) événement dans le pays ou la région constituant la destination qui amène le gouvernement du Canada à émettre un avis aux voyageurs d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel dans ce pays ou cette région si l'avis aux voyageurs :
 - i. s'applique pour une période de temps qui inclut le voyage prévu; et
 - ii. est émis après la date à laquelle un dépôt non remboursable pour le voyage a été fait ou un billet a été acheté;
- m) annulation d'une réunion d'affaires, avant le départ, pour des raisons hors du contrôle de l'assuré, de son compagnon de voyage ou de leur employeur;
- n) annulation d'un voyage en raison du refus d'une demande de visa de l'assuré ou de son compagnon de voyage pour voyager ou pour séjourner dans le pays constituant la destination si les critères suivants sont remplis :
 - i. ils sont autrement admissibles à un tel visa;
 - ii. le refus n'est pas causé par une demande tardive ou une demande faite à la suite d'un premier refus; et
 - iii. le refus de la demande de visa est motivé par des raisons indépendantes de la volonté de l'assuré ou de son compagnon de voyage;
- o) adoption légale d'un enfant par l'assuré ou son compagnon de voyage si la date de l'adoption se situe pendant la période prévue du voyage.

Frais admissibles

Portion non utilisée des frais de voyage :

Avant le départ : Les coûts de voyage payés à l'avance et non remboursables si l'assuré doit annuler son voyage en raison de la réalisation d'un risque admissible.

Après le départ : Les frais supplémentaires exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour un aller simple en classe économique jusqu'au point de départ, ainsi que la portion non remboursable des autres arrangements de voyage payés à l'avance (autre que le billet de retour acheté initialement), si l'assuré doit interrompre son voyage en raison de la réalisation d'un risque admissible.

Vol ou correspondance manqués : Les frais supplémentaires exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour un aller simple en classe économique jusqu'au point de destination du voyage si, en raison du retard d'un transporteur (ligne aérienne, autobus, ou train) causé par des conditions météorologiques, d'une défaillance mécanique, d'un accident, d'un barrage routier opéré par la police ou du retard de l'automobile en raison d'un accident de la route, l'assuré manque son vol ou sa correspondance et ne peut plus poursuivre son voyage tel que planifié, à condition qu'il ait prévu arriver au point de transfert au moins 2 heures avant l'heure de départ prévu. Les frais d'annulation en raison d'un risque admissible relié aux conditions météorologiques sont remboursés seulement si les conditions météorologiques défavorables entraînent une interruption du voyage d'au moins 30 % de la durée totale du séjour initialement prévu.

Frais pour rejoindre une excursion ou un groupe : Les frais exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour un aller simple en classe économique afin de rejoindre une excursion ou un groupe si l'assuré manque une partie du voyage en raison de la réalisation d'un risque admissible.

Nouveaux tarifs d'occupation : Les frais supplémentaires pour de nouveaux tarifs d'occupation lorsque l'assuré décide de poursuivre son voyage alors que son compagnon de voyage doit annuler ou interrompre son voyage en raison de la réalisation d'un risque admissible. Les frais supplémentaires sont remboursés jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable au moment où le compagnon de voyage annule son voyage.

Retour retardé : Les frais exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour un aller simple en classe économique jusqu'au point de départ lorsque l'assuré doit reporter son retour en raison d'une maladie contractée ou d'une blessure subie par lui-même, un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou un compagnon de voyage. La preuve de sinistre doit démontrer que la maladie ou la blessure est suffisamment grave pour empêcher le retour tel qu'il était prévu.

Avis à donner lors d'une annulation de voyage

Lorsqu'un risque admissible se produit avant la date de départ, l'assuré doit, pour annuler son voyage, communiquer avec son agent de voyages ou son transporteur, de même qu'avec Croix Bleue, dans les 48 heures après la réalisation du risque admissible.

Preuve de sinistre

Les demandes de règlement en vertu de la présente clause doivent avoir été approuvées par Croix Bleue et être accompagnées, s'il y a lieu, par :

- la preuve des frais admissibles engagés, incluant les billets de transport non utilisés, les reçus officiels pour le transport alternatif et les crédits-voyage;
- une preuve documentée jugée satisfaisante par Croix Bleue, démontrant que le risque admissible est la cause de l'annulation, de l'interruption ou de la prolongation du voyage; et
- les éléments suivants :
 - pour un retard causé par un accident de la route, un rapport de police peut être nécessaire;
 - dans le cas de l'annulation, de l'interruption ou de la prolongation du voyage en raison d'une situation d'urgence, le médecin traitant doit fournir un certificat médical confirmant le diagnostic et démontrant que la situation d'urgence était suffisamment grave pour entraîner l'annulation, l'interruption ou la prolongation du voyage.

Garantie Bagages

Croix Bleue rembourse les frais admissibles figurant dans cette section, sous réserve du maximum global mentionné dans le Sommaire des garanties et des modalités suivantes :

- l'assuré doit prendre toutes les précautions raisonnables pour protéger, sauvegarder ou recouvrer les biens;
- en cas de perte, l'assuré doit avertir Croix Bleue aussi rapidement que possible; et
- Croix Bleue est second payeur par rapport à toute autre assurance responsabilité applicable.

Perte ou endommagement des bagages : Lorsque les bagages de l'assuré sont perdus ou endommagés au cours d'un voyage, Croix Bleue, à sa discrétion :

- rembourse à l'assuré la valeur des bagages et de leur contenu au moment de la perte ou de l'endommagement; ou
- répare ou remplace tout bagage endommagé ou perdu et leur contenu par des biens de même qualité ou de même valeur.

En cas de perte ou d'endommagement d'un article des bagages faisant partie d'un ensemble, la perte est évaluée relativement à la part raisonnable et juste de cet article dans la valeur totale de l'ensemble, en tenant compte de l'importance de cet article et du fait que l'ensemble n'est pas une perte totale.

Retard des bagages : Lorsque les bagages enregistrés sont retardés par le transporteur pendant plus de 12 heures et avant le retour au point de départ, Croix Bleue rembourse jusqu'à concurrence de 250 \$ pour les frais relatifs à des articles de toilette et à des vêtements, et sous réserve du maximum global total de la Garantie Bagages.

Perte ou vol de documents : Croix Bleue couvre les frais de remplacement d'un passeport, d'un permis de conduire, d'un acte de naissance ou d'un visa de voyage, en cas de perte ou de vol, sous réserve d'un maximum de 50 \$ par incident et du maximum global total de la Garantie Bagages.

Preuve de sinistre

Les demandes de règlement pour la perte, l'endommagement ou le retard des bagages, ou la perte ou le vol de documents sont soumises à l'approbation préalable de Croix Bleue et doivent être accompagnées de la documentation suivante :

- pour la perte de bagages ou de documents, une confirmation écrite du directeur de l'hôtel, du guide touristique ou du transporteur;
- pour le vol de bagages ou de documents, une preuve du rapport fait à la police, ainsi qu'une confirmation écrite relativement aux détails de la perte; et
- pour le retard des bagages, une preuve du retard émise par le transporteur et les reçus pour les articles achetés.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

Croix Bleue peut payer directement le fournisseur de service. Dans certaines circonstances, l'assuré paie le total de tous frais admissibles au moment de l'achat. Croix Bleue rembourse ensuite tous frais admissibles à la réception de la preuve de paiement.

Délai pour soumettre une demande de règlement

Garantie Médico-hospitalière d'urgence et Patients dirigés hors Canada : Afin d'être admissible au remboursement maximal de la garantie, l'assuré doit faire parvenir sa preuve de sinistre à Croix Bleue dans les 4 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés.

Croix Bleue accepte tout de même les demandes de règlement qui sont soumises après le 4^e mois, sans excéder les 12 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés. Cependant, ces demandes de règlement peuvent être réduites de tout montant qui aurait pu être coordonné avec le régime de santé gouvernemental de l'assuré si la demande avait été soumise pendant la période de 4 mois précitée.

Garantie Annulation et interruption de voyage : La preuve de l'annulation ou de l'interruption doit être reçue par Croix Bleue dans les 90 jours suivant l'annulation ou l'interruption du voyage, à défaut de quoi la demande de règlement n'est pas admissible à un remboursement.

Garantie Bagages : La preuve de la perte ou des dommages, ainsi que le montant du sinistre doivent être reçus par Croix Bleue dans les 90 jours suivant le sinistre, à défaut de quoi la demande de règlement n'est pas admissible à un remboursement.

Exclusions et restrictions

Exclusions générales de la Garantie Voyage

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

- a) l'assuré ne communique pas avec Croix Bleue en cas d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation à la suite d'une blessure ou d'une maladie;
- b) les dépenses sont engagées après la Durée de la protection mentionnée dans le Sommaire des garanties;
- c) le but du voyage est essentiellement ou accessoirement d'obtenir un avis médical ou un traitement, même si ce voyage est entrepris sur la recommandation d'un médecin, sauf pour les Patients dirigés hors Canada;
- d) les dépenses ont déjà été payées ou sont admissibles à un remboursement de la part d'une tierce partie;
- e) les dépenses ont été engagées au cours d'un voyage dans un pays (ou une région spécifique d'un pays) pour lequel il y a un avertissement aux voyageurs du gouvernement du Canada d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel, lorsque cet avertissement a été émis avant la date de départ et que la perte ou la dépense sont reliées à la raison pour laquelle l'avertissement aux voyageurs a été émis; ou

- f) les dépenses ont été engagées en raison :
- i. de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
 - ii. de tout accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute drogue (y compris la marijuana) ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident;
 - iii. d'une blessure ou d'une maladie résultant du fait que l'assuré ne s'est pas conformé au traitement médical ou à la thérapie qui ont été prescrits;
 - iv. d'un suicide, d'une tentative de suicide ou d'une blessure ou maladie que l'assuré s'inflige ou contracte volontairement; ou
 - v. d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non), de l'hostilité des forces armées de tout pays ou de la participation à une émeute ou à un affrontement public.

Exclusions et restrictions spécifiques

Garantie Médico-hospitalière d'urgence

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- a) frais pour tout soin, traitement, chirurgie, produit ou service qui :
 - i. ne sont pas engagés à la suite d'une situation d'urgence;
 - ii. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - iii. sont donnés à de seules fins esthétiques;
 - iv. ne sont pas nécessaires pour le soulagement immédiat d'une douleur ou d'une souffrance aiguës; ou
 - v. peuvent être retardés jusqu'au retour de l'assuré au Canada;
- b) les frais engagés en raison d'une grossesse ou des complications d'une grossesse dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement; ou
- c) les frais engagés en raison d'une situation d'urgence qui survient pendant la participation à :
 - i. un sport contre rémunération;
 - ii. une compétition de véhicules moteurs ou une épreuve de vitesse de tout genre; ou
 - iii. un sport extrême, c'est-à-dire une activité avec un haut niveau de danger inhérent et qui implique souvent de la vitesse, de la hauteur, un haut degré d'effort physique, du matériel hautement spécialisé ou des cascades spectaculaires.

Patients dirigés hors Canada

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- a) services offerts au Canada;
- b) services de santé ou traitements qui ne sont pas disponibles au Canada en raison de listes d'attente;
- c) services de santé ou traitements que les médecins au Canada ont refusé de donner;
- d) services, traitements ou fournitures qui sont expérimentaux ou aux fins de recherche;
- e) services fournis alors que l'assuré ne suit pas un traitement auprès d'un médecin; et
- f) tous frais reliés à toute condition préexistante, telle que définie ci-dessous.

Une condition préexistante est une maladie :

- qui commence dans les 12 mois suivant la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur à l'égard de l'assuré; et
- pour laquelle, dans les 12 mois précédant la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur à l'égard de l'assuré, ce dernier :
 - a eu une consultation médicale;
 - s'est vu prescrire ou a pris des médicaments; ou
 - a reçu un traitement, y compris des tests diagnostiques.

Garantie Annulation et interruption de voyage

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- a) le voyage a été entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou blessée et la condition médicale ou le décès de cette personne constitue la cause de l'annulation, de l'interruption ou de la prolongation du voyage; ou
- b) le voyage est annulé ou interrompu en raison de difficultés financières, de l'incapacité d'obtenir le logement désiré ou de l'aversion pour le voyage et le transport aérien.

Garantie Bagages

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- a) la perte ou l'endommagement sont causés par :
 - i. la confiscation ou l'endommagement par ordre d'un gouvernement ou d'un organisme public;
 - ii. le transport ou le commerce illégaux;
 - iii. l'usure, la détérioration graduelle, les mites ou la vermine;
 - iv. un vol commis dans une voiture, une roulotte ou un autre véhicule laissés sans surveillance, sauf si le véhicule était verrouillé ou s'il était muni d'un compartiment verrouillé, et que le vol s'est produit avec effraction (dont les traces sont visibles); ou
 - v. une omission ou un acte d'imprudence de la part de l'assuré;
- b) la perte ou l'endommagement survient alors que le bagage est en cours de réparation; ou
- c) la perte est relative à un bien qui ne peut être localisé et dont les circonstances de la disparition ne permettent pas de conclure raisonnablement qu'un vol a été commis.

Compte gestion santé (CGS)

Objet de la garantie

CSG est administré par Croix Bleue au nom du preneur, qui assume l'entière responsabilité légale et financière pour la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définition spécifique

La définition qui suit s'applique à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Personne à charge de l'ARC : Conformément à la définition de l'Agence de revenu du Canada (ARC), un membre de votre famille qui dépend financièrement de vous, tels que vos parents, vos grands-parents ou vos petits-enfants.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais médicaux admissibles selon les lignes directrices de l'Agence du revenu du Canada. Les frais médicaux admissibles comprennent les franchises, les quotes-parts, les montants excédant le maximum des garanties, ainsi que les frais qui ne sont pas couverts par tout autre régime applicable : régime collectif, régime individuel, régime gouvernemental de soins de santé ou tout régime privé.

Crédits du CGS

En vertu d'un CGS, si vous avez accès à un montant établi selon la formule de calcul des crédits alloués au CGS au début de chaque année CGS indiquée dans le Sommaire des garanties, ces crédits représentent la valeur allouée au CGS par le preneur et peuvent être remboursés par Croix Bleue au nom du preneur.

Les crédits du CGS vous sont versés à la fréquence d'allocation des crédits indiquée dans le Sommaire des garanties.

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

L'allocation de crédits du CGS peut changer seulement dans le cas d'un événement de vie ou d'un changement de statut d'employé.

Advenant la fin du CGS d'un adhérent, le preneur peut ajuster les crédits alloués au CGS pour cette année. Le preneur doit aviser rapidement Croix Bleue du montant de crédits ajusté.

Si l'adhérent dont le CGS a pris fin a des demandes de règlement impayées pour des frais engagés avant la date de la fin du CGS, elles peuvent être soumises au cours du délai de grâce applicable aux adhérents dont le CGS a pris fin, telle qu'indiquée dans le Sommaire des garanties.

Versement de la prestation

Comment s'effectue le remboursement

Le Sommaire des garanties mentionne le type d'administration du régime qui s'applique à l'assuré en vertu du présent contrat.



Conseil pratique

Vous devez d'abord soumettre les frais médicaux admissibles à tout autre régime de santé. Le montant non remboursé peut être traité par votre régime CGS.



Conseil pratique

Vous pouvez consulter votre solde créditeur à partir de l'application Medavie Mobile ou sur notre site Web au www.medavie.croixbleue.ca.

Type de CGS

Report des crédits

Avec ce type, les crédits non utilisés sont reportés à l'année du CGS suivante.

Les crédits peuvent être utilisés pour rembourser les frais médicaux admissibles engagés dans la même année du CGS que celle pour laquelle les crédits ont été alloués. Les crédits non utilisés seront reportés à l'année du CGS suivante et ne peuvent être reportés pour plus d'une année du CGS. À la fin de l'année du CGS, les crédits reportés de l'année du CGS précédente et non utilisés seront perdus.

Pour le traitement des demandes de règlement, les crédits reportés de l'année du CGS précédente sont utilisés en premier, avant les crédits alloués pour l'année du CGS en cours.

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

Exclusions et restrictions

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

- a) des frais engagés par les adhérents ou les personnes à charge de l'ARC avant la date de prise d'effet de la présente garantie ou après la date de fin du CGS, conformément au présent contrat;
- b) les médicaments en vente libre, tels que les vitamines, les minéraux et les remèdes à base de plantes, qu'il est possible de se procurer sans une prescription de la part d'un professionnel de la santé; ou
- c) services, traitements ou fournitures qui :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - ii. sont donnés à de seules fins esthétiques; ou
 - iii. sont facultatifs.

Principaux frais admissibles			
Soins auxiliaires (requièrent une attestation de la nécessité par un médecin)	<ul style="list-style-type: none"> • Services offerts à la maison, dans une résidence pour personnes âgées, une maison de santé ou un foyer de groupe 	<ul style="list-style-type: none"> • Les frais engagés pour les services suivants sont inclus : <ul style="list-style-type: none"> - Préposés aux soins - Infirmier autorisé 	<ul style="list-style-type: none"> - Soins de relève - Préparation des repas - Entretien ménager - Services de buanderie
Soins dentaires (excluant le blanchiment des dents et les facettes à des fins esthétiques)	<ul style="list-style-type: none"> • Services de diagnostic (radiographies) • Prothèses dentaires • Orthodontie 	<ul style="list-style-type: none"> • Soins préventifs, tels que : <ul style="list-style-type: none"> - Examens de rappel - Polissage - Application de fluorure 	
Services de diagnostic*	<ul style="list-style-type: none"> • Analyses de laboratoire, tests radiologiques et tomographies à des fins de diagnostic 		
Médicaments	<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments nécessitant une ordonnance ou fournis par un pharmacien, un médecin ou un professionnel de la santé* 	<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments de fertilité • Vaccins contre la grippe • Insuline* • Extrait de foie (injection)* 	<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments pour cesser de fumer* • Vaccins • Injections de vitamine B12*
Soins en établissement (excluant la location de télévision et les frais de téléphone)	<ul style="list-style-type: none"> • Maison de convalescence • Hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> • Maison de santé • Établissement psychiatrique • Centre de désintoxication 	
Appareils et services médicaux*	<ul style="list-style-type: none"> • Climatiseurs (requis en raison d'un malaise, d'une maladie ou d'un trouble chronique grave) • Membres artificiels ou prothèses oculaires • Frais de transfusion sanguine • Prothèses mammaires • Implants cochléaires • Béquilles • Fournitures pour diabétiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Instruments électroniques de guérison osseuse • Synthétiseurs électroniques de la parole • Appareils auditifs • Moniteurs cardiaques • Aiguilles et seringues • Fournitures pour personnes stomisées • Équipement pour l'administration d'oxygène • Honoraires de médecin 	<ul style="list-style-type: none"> • Prothèses • Réparations des appareils admissibles au CGS • Appareils respiratoires • Triporteurs • Bandages herniaires • Aides à la marche • Fauteuils roulants • (excluant les accessoires)
Services professionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Acupuncteur • Thérapeute du sport • Audiologiste • Podologue/Podiatre • Chiropraticien • Hygiéniste dentaire • Dentiste 	<ul style="list-style-type: none"> • Diététiste • Homéopathe • Massothérapeute** • Naturopathe • Ergothérapeute • Ostéopathe • Préposé aux soins* 	<ul style="list-style-type: none"> • Physiothérapeute • Psychiatre • Psychologue • Infirmier autorisé • Travailleur social • Orthophoniste
Services de transport pour des raisons médicales	<ul style="list-style-type: none"> • Services ambulanciers • Frais liés à une greffe de moelle osseuse (patient et donneur), tels que les frais de transport et de repas 	<ul style="list-style-type: none"> • Frais de transport et de repas, lorsque le transport du patient est requis (et pour un accompagnateur, si nécessaire) 	<ul style="list-style-type: none"> • Frais liés aux dons d'organe (patient et donneur), tels que les frais de transport et de repas
Divers	<ul style="list-style-type: none"> • Primes versées pour des régimes de santé et de soins dentaires (assurance privée) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rénovation domiciliaire ou transformation d'un véhicule, en raison d'une invalidité 	<ul style="list-style-type: none"> • Frais divers liés à un chien-guide pour aveugle
Thérapie (réhabilitation)	<ul style="list-style-type: none"> • Lecture labiale 	<ul style="list-style-type: none"> • Langage gestuel 	
Soins de la vue	<ul style="list-style-type: none"> • Verres de contact • Examens de la vue 	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie oculaire au laser 	<ul style="list-style-type: none"> • Verres de prescription et montures

* Ordonnance ou recommandation du médecin requise

** Pour les massages thérapeutiques seulement

Principaux frais non admissibles			
Frais d'adoption	<ul style="list-style-type: none"> Frais d'adoption 		
Traitements esthétiques (visant strictement l'amélioration de l'apparence)	<ul style="list-style-type: none"> Augmentations Injections de botox Liposuccion 	<ul style="list-style-type: none"> Traitements et produits de remplacement des cheveux (ex. prothèses et rallonges capillaires) 	<ul style="list-style-type: none"> Épilation au laser Enlèvement de tatouage Blanchiment des dents
Produits cosmétiques et d'hygiène	<ul style="list-style-type: none"> Solutions pour verres de contact Lotions et crèmes 	<ul style="list-style-type: none"> Maquillage Écran solaire 	<ul style="list-style-type: none"> Dentifrice
Suppléments diététiques	<ul style="list-style-type: none"> Aliments (sauf en cas d'alimentation entérale) 	<ul style="list-style-type: none"> Minéraux et suppléments 	<ul style="list-style-type: none"> Substituts de repas
Massothérapie non thérapeutique	Telle que :	<ul style="list-style-type: none"> Massage aromathérapique 	<ul style="list-style-type: none"> Enveloppements corporels
Frais pour les rendez-vous manqués	<ul style="list-style-type: none"> Frais pour les rendez-vous manqués 		
Programmes de santé	<ul style="list-style-type: none"> Frais pour un programme de perte de poids 		
Appareils électroménagers	<ul style="list-style-type: none"> Climatiseurs Purificateurs d'air 	<ul style="list-style-type: none"> Déshumidificateurs Ventilateurs 	<ul style="list-style-type: none"> Humidificateurs (sauf si requis pour les machines CPAP)
Spas et saunas	<ul style="list-style-type: none"> Spas 	<ul style="list-style-type: none"> Saunas 	
Primes versées pour des régimes d'assurance vie et d'assurance salaire	<ul style="list-style-type: none"> Primes versées pour des régimes d'assurance vie et d'assurance salaire 		
Médicaments en vente libre	Tels que :	<ul style="list-style-type: none"> Produits contre la toux et le rhume Crèmes et lotions Aides à la digestion 	<ul style="list-style-type: none"> Remèdes à base de plantes Analgésiques Auxiliaires antitabagiques Vitamines
Système d'assistance en cas d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> Services d'alerte médicale 	<ul style="list-style-type: none"> Services d'assistance santé 	
Chaussures	<ul style="list-style-type: none"> Ordinaires 	<ul style="list-style-type: none"> Pour le sport 	
Équipement sportif	<ul style="list-style-type: none"> Tapis roulants 		

Quelles sont mes responsabilités en vertu du régime?

Changement dans votre situation personnelle

Il est de votre responsabilité de fournir à votre employeur un formulaire d'adhésion rempli et signé, contenant également les informations exactes sur votre statut familial, ainsi que sur vos désignations des bénéficiaires. Vous devez remplir le formulaire d'adhésion au régime collectif dans les 31 jours suivant la date à laquelle vous devenez admissible à la couverture.

Pour s'assurer que l'information sur votre couverture individuelle ou familiale est tenue à jour, il est important que vous avisiez votre employeur de tout changement dans les 31 jours suivant le changement. Le défaut de le faire peut entraîner l'obligation de fournir une preuve d'assurabilité avant que toute modification à votre statut ne prenne effet. Les changements qui doivent être rapportés à Croix Bleue comprennent :

- ajout ou retrait d'une personne à charge;
- mise à jour du statut d'une personne à charge étudiante;
- changement de votre état civil;
- changement de bénéficiaire;
- adhésion aux garanties à l'égard desquelles vous étiez exempté auparavant.

Désignation de votre bénéficiaire

Sauf stipulation relative au bénéficiaire, toutes les prestations vous sont payables.

Prestations de décès

Lors de votre décès, la prestation de décès est versée au dernier bénéficiaire que vous avez désigné.

Sous réserve des dispositions de la loi, le bénéficiaire est celui que vous avez désigné sur votre demande d'adhésion à la couverture collective. Vous pouvez changer le bénéficiaire en soumettant une demande écrite signée à Croix Bleue.

Si vous désignez plus d'un bénéficiaire (autre qu'un bénéficiaire subrogé), mais que la part qui doit être attribuée à chacun d'eux n'est pas spécifiée, la prestation payable sera distribuée entre les bénéficiaires, à parts égales.

Si votre bénéficiaire décède avant vous, vous devez désigner un autre bénéficiaire.

Si vous décédez et que vous n'avez pas désigné par écrit votre bénéficiaire, la prestation de décès est payable à votre succession.



Conseil pratique

Il est primordial de tenir à jour votre désignation de bénéficiaire.

Lorsqu'un montant est versé à votre succession, cet argent peut être sujet aux droits des créanciers et aux droits de succession.

Toutefois lorsqu'un bénéficiaire est désigné, cette personne reçoit l'entière prestation non imposée, peu importe les dettes contractées par le défunt.

Vous pouvez changer votre bénéficiaire en remplissant un formulaire de désignation de bénéficiaire disponible auprès de votre employeur ou sur notre site Internet.

Fournir une preuve de sinistre

Vous devez soumettre vos demandes de règlement à l'intérieur des limites de temps applicables. Croix Bleue doit recevoir une preuve du sinistre, sous une forme satisfaisante.

Dans le processus du traitement de vos demandes de règlement, Croix Bleue peut exiger que vous fournissiez des renseignements supplémentaires et que vous vous fassiez examiner par un médecin ou un professionnel de la santé, aussi souvent qu'elle le juge nécessaire. Croix Bleue se réserve le droit de suspendre ou de refuser le paiement d'une demande de règlement tant que les preuves ou renseignements supplémentaires demandés ne lui sont pas soumis.

Vous êtes responsable de tous les frais reliés à la soumission de la preuve de sinistre.

Soumission des demandes de règlement après la résiliation du régime

À la résiliation du présent régime, les demandes de règlement pour les garanties assurées doivent parvenir à Croix Bleue :

- pour les garanties invalidité, **dans les 6 mois** suivant le début de l'invalidité ou pendant la période allouée par la législation provinciale, si cette période est plus longue;
- pour les soins relatifs aux accidents dentaires, **dans les 6 mois** suivant la résiliation du présent régime collectif; ou
- pour toutes les autres garanties assurées, **dans les 90 jours** suivant la date de résiliation du régime.

Recouvrement d'indemnités d'une tierce partie (subrogation)

Si vous avez le droit d'intenter une action légale contre une tierce partie (personne physique ou morale) en raison d'une perte reliée à toute demande de règlement soumise en vertu du présent régime, Croix Bleue est en droit d'acquiescer vos droits pour le recouvrement des indemnités, jusqu'à concurrence du remboursement effectué par Croix Bleue.

Vous devez signer et retourner les documents nécessaires pour faciliter cette démarche et vous devez faire tout ce qui est exigé pour protéger vos droits de recouvrer les indemnités d'une tierce partie.

Signalement des fraudes en matière de protection-santé

La fraude en matière de protection-santé est la soumission intentionnelle de renseignements qui sont faux et trompeurs aux fins de gains financiers.

Qu'elle soit commise à petite ou grande échelle, la fraude peut entraîner des pertes financières importantes pour le régime et, par le fait même, entraîner une hausse de primes et une protection moindre. Croix Bleue s'engage à protéger l'intégrité de ses programmes pour ses promoteurs de régimes et ses adhérents en surveillant les activités abusives ou frauduleuses et en prenant des mesures efficaces pour résoudre ces dernières.

Comment vous pouvez nous aider

En tant qu'adhérent à un régime collectif, vous pouvez aider à éliminer la fraude envers votre régime :

- Conservez en lieu sûr votre carte d'identification, votre numéro de régime, votre numéro d'adhérent et les informations s'y rattachant;
- Examinez attentivement vos reçus de produits et de services pour vous assurer :
 - a) que vous comprenez les frais facturés; et
 - b) que les frais correspondent aux services reçus.



Conseil pratique

Votre preuve de sinistre doit être soumise en anglais ou en français. Si la preuve de sinistre initiale est dans une autre langue que l'anglais ou le français, vous êtes responsable de tous les frais reliés à la traduction de cette preuve.



Conseil pratique

Le coût de la fraude en matière de protection santé au Canada est estimé à entre 2 et 12 milliards de dollars annuellement.

Vos droits et responsabilités en vertu du régime

Si les frais apparaissant sur votre reçu ne vous semblent pas clairs, demandez au fournisseur de vous les expliquer :

- Examinez attentivement votre relevé d'explication des garanties pour repérer toute divergence entre les services reçus et les services réclamés.
- Ne signez jamais un formulaire de demande de règlement non rempli.
- De temps en temps, nous envoyons un questionnaire de vérification aux adhérents pour fins de confirmation des traitements et des autres informations s'y rattachant. Si vous recevez l'un de ces questionnaires, veuillez le remplir et le retourner rapidement. Ces questionnaires sont essentiels à nos efforts pour dissuader la fraude.

Quels sont mes droits en vertu du régime?

Protection des renseignements personnels

Dans le cadre de son administration des régimes, Croix Bleue recueille et conserve des renseignements personnels sur ses assurés et leurs personnes à charge.

Assurer la confidentialité des informations de nos assurés est au cœur de notre vision d'entreprise. Notre personnel prend très au sérieux nos politiques sur la protection de la vie privée, ainsi que la marche à suivre pour assurer la confidentialité.

Qu'est-ce qu'un renseignement personnel?

Les renseignements personnels renferment des détails au sujet d'une personne identifiable. Il peut s'agir par exemple du nom, de l'âge, du numéro d'identification, du revenu, des données d'emploi, de l'état civil, du statut des personnes à charge, des dossiers médicaux et de renseignements financiers.

Quelle utilisation faisons-nous de vos renseignements personnels?

Vos renseignements personnels sont nécessaires pour permettre à Croix Bleue de traiter votre demande d'adhésion en vertu des différentes garanties du régime. Ils sont utilisés aux fins de vous fournir les services précisés dans le régime collectif, de comprendre vos besoins ou de vous recommander des produits et services adéquats, ainsi qu'à des fins administratives.

À qui ces renseignements personnels peuvent-ils être divulgués?

Selon votre type de couverture, il nous sera peut-être nécessaire de fournir certains renseignements personnels aux entités suivantes, de façon confidentielle, afin de vous fournir les services prévus dans le régime :

- d'autres Croix Bleue au Canada, afin d'administrer votre régime d'assurance si vous vivez à l'extérieur des provinces de l'Atlantique, du Québec ou de l'Ontario;
- des spécialistes de la santé, s'il y a lieu, pour évaluer une demande d'admissibilité à un produit ou à un service;
- des organismes gouvernementaux et de réglementation, en situation d'urgence ou lorsque la loi l'exige;
- la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada et d'autres tierces parties, de façon confidentielle, lorsque nécessaire pour administrer vos garanties;
- le titulaire principal de tout autre contrat en vertu duquel vous pourriez être couvert.

Nous ne fournissons ni ne vendons de renseignements personnels à votre sujet à d'autres sociétés aux fins de marketing et de sollicitation. Vos renseignements personnels ou ceux de vos personnes à charge ne sont jamais divulgués à un tiers sans votre permission, sauf si Croix Bleue juge qu'il est nécessaire de le faire pour vous offrir les services auxquels elle s'est engagée conformément au régime.



Conseil pratique

Si vous soupçonnez une fraude en matière de protection santé, veuillez en aviser Croix Bleue en utilisant l'une des méthodes confidentielles suivantes :

Numéro sans frais :
1-877-412-8809

fraude@croixbleue.
medavie.ca

www.medavie.croixbleue.li
gneconfidentielle.com



Conseil pratique

Pour obtenir de plus amples renseignements sur notre politique de protection des renseignements personnels, veuillez visiter notre site Internet.

Vos droits et responsabilités en vertu du régime

En devenant un assuré de Croix Bleue ou en remplissant une demande de règlement, vous acceptez que nous utilisions vos renseignements personnels et que nous les divulguions de la manière susmentionnée.

Contestation d'une décision prise par Croix Bleue

Lorsque Croix Bleue détermine qu'aucune prestation n'est payable, vous avez le droit d'en appeler de la décision, en soumettant une demande par écrit à Croix Bleue dans les 30 jours suivant la date de l'avis de refus.

Le délai alloué pour toute poursuite, en vertu du régime collectif, débute à la date du refus initial écrit de Croix Bleue et se prolonge jusqu'à la date d'expiration établie par la législation provinciale applicable.

Chaque procédure ou demande en justice contre Croix Bleue, pour recouvrer des montants d'assurance payables en vertu du régime, est absolument exclue, à moins que la procédure ou la demande ne débute pendant le délai prescrit par la Loi de l'assurance ou toute autre loi applicable.

Copie du régime collectif

Lorsque permis par la loi, vous avez le droit de demander une copie du régime collectif, une copie de votre demande d'adhésion et de tout avis écrit ou de tout autre dossier fournis à Croix Bleue comme preuve d'assurabilité.

Les droits de Croix Bleue en vertu du régime

Droit d'audit

En tout temps, Croix Bleue se réserve le droit d'examiner ou de vérifier, en lien avec une demande de règlement, le dossier médical ou le dossier des demandes de règlement d'un assuré.

Trop-perçu

Croix Bleue a le droit de recouvrer :

- tout montant versé par erreur à un assuré;
- tout montant versé à l'assuré à la suite d'une demande de règlement impliquant des moyens frauduleux ou de fausses déclarations; ou
- toute somme payée à l'assuré et constituant un trop-perçu.

Si le trop-perçu ou le montant versé par erreur à la suite d'une demande de règlement porte sur les garanties auto-assurées, le promoteur du régime consent à entreprendre une démarche raisonnable pour recouvrer ce montant.

Croix Bleue se réserve le droit de réduire les prestations futures des garanties assurées de l'assuré, jusqu'à ce que le montant soit recouvert en totalité.

Suspension ou perte du droit à des prestations

Le droit à des prestations d'un assuré peut être suspendu ou prendre fin sans avis préalable, dans les cas suivants :

- Croix Bleue constate des irrégularités dans une demande de règlement ou entame une enquête relative à de l'abus; ou
- Croix Bleue ou le promoteur du régime engage des poursuites criminelles ou prend des sanctions disciplinaires contre l'assuré.

Le paiement d'une demande de règlement peut être suspendu ou refusé s'il concerne les services ou fournitures prescrits ou dispensés par un fournisseur qui fait l'objet d'une enquête de la part d'un organisme de réglementation ou de la part de Croix Bleue, ou qui est accusé d'infraction relativement à sa conduite ou à l'exercice de sa profession.



Conseil pratique

Ce droit d'examen ou d'audit s'applique aux dossiers détenus par Croix Bleue ou par ses fournisseurs approuvés.

Comment soumettre une demande de règlement

Comment se procurer un formulaire de demande de règlement

Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement relatifs aux garanties soins de santé de l'une des façons suivantes :

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

Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement pour les garanties vie, par accident, maladies graves ou invalidité auprès de votre administrateur de régime collectif.

Comment soumettre une demande de règlement

Croix Bleue offre plusieurs options pratiques pour soumettre rapidement et efficacement vos demandes de règlement pour les garanties soins de santé :

- **Demandes de règlement électroniques faites par les fournisseurs**
En adhérant au système de soumission électronique de Croix Bleue, les fournisseurs approuvés peuvent soumettre instantanément les demandes de règlement au moment de l'achat. Vous n'avez donc pas besoin de soumettre vous-même votre demande à Croix Bleue et vous n'avez donc qu'à déboursier le montant non couvert en vertu du régime.
- **Demandes de règlement électroniques faites par l'adhérent**
Vous pouvez soumettre rapidement et facilement vos demandes de règlement pour les soins de santé, les médicaments, les soins dentaires et pour votre compte gestion santé (s'il y a lieu) au moyen de notre site des adhérents sécurisé. Vous devez simplement numériser vos reçus et les soumettre grâce au lien approprié sur notre site des adhérents.
- **Application mobile**
Remplir une demande de règlement n'a jamais été si rapide et facile! Soumettez vos demandes de règlement à l'aide de l'application mobile Medavie et recevez votre remboursement directement dans votre compte bancaire.

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

- **Paiement express®**
Paiement express est un service unique offert par Croix Bleue. Au moyen de Paiement express, vous pouvez soumettre en personne vos demandes de règlement pour les soins dentaires, les médicaments et les soins de santé complémentaires. Vous serez immédiatement informé de la décision.

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

Pour localiser le bureau de Croix Bleue ou de Paiement express le plus proche de chez vous, veuillez visiter notre site Internet à www.cbmedavie.ca.

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



Conseil pratique

Plutôt que de recevoir un chèque par la poste, vous pouvez être remboursé directement dans votre compte bancaire en vous inscrivant au dépôt direct. C'est rapide et pratique. Visitez notre site Internet pour vous y inscrire.

Comment soumettre une demande de règlement

Vous pouvez soumettre vos demandes de règlement pour les **garanties vie, maladies graves et invalidité** à Croix Bleue :

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

Site des adhérents

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

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

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



Conseil pratique

Pour des raisons de sécurité, le site des adhérents est réservé à votre usage personnel. Vos personnes à charge et les autres membres de votre famille n'y ont pas accès.



Conseil pratique

Veuillez prendre en note votre mot de passe pour consultation ultérieure.

Coordonnées de Croix Bleue

Pour de plus amples informations sur votre couverture collective ou sur le site des adhérents, veuillez communiquer avec notre Service à la clientèle aux numéros sans frais suivants :

Provinces du Canada atlantique : 1-800-667-4511

Ontario : 1-800-355-9133

Québec : 1-888-588-1212

National : 1-888-873-9200

Pour toute question, vous pouvez également envoyer un courriel à contact@medavie.croixbleue.ca, ou visiter notre site Internet au www.cbmedavie.ca.

Se connecter à Croix Bleue

Aimez notre page Facebook à facebook.com/CroixBleueMedavie

Suivez-nous sur Twitter à [@CBMedavie](https://twitter.com/CBMedavie)

Ma Bonne Santé^{MD}

Ma Bonne Santé est un portail Web sécurisé et interactif qui offre de précieux renseignements sur la santé, ainsi que des outils pour prendre soin de votre santé. Vous pouvez créer votre propre profil de santé et l'utiliser pour vous fixer des objectifs personnels grâce aux ressources de Ma Bonne Santé.

Croix Bleue est fière de vous aider à cheminer vers une vie en santé. Visitez cbmedavie.mabonnesante.ca et suivez simplement les instructions pour vous y inscrire gratuitement!



Des rabais sont offerts aux assurés de Croix Bleue à travers le Canada. Pour bénéficier des rabais, présentez votre carte d'identification Croix Bleue et mentionnez **Avantage Bleu** à tout fournisseur participant. Une liste des fournisseurs participants et des rabais est disponible au www.avantagebleu.ca.



Conseil pratique

Ayez en main votre numéro de régime collectif et votre numéro d'identification lorsque vous appelez pour des questions concernant votre couverture.



Assurance collective de base pour accidents
Pour : Guillevin International Co, Catégorie II
Numéro de police : GPA 9427605

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

Une Blessure grave ou un décès par suite d'un accident peut avoir d'énormes conséquences pour votre famille qui pourraient vous empêcher vous ou votre Conjoint(e) de faire face à vos obligations financières. Votre employeur vous offre une assurance en cas d'accident, émise par la Compagnie d'assurance AIG du Canada. La police d'assurance prévoit une prestation globale à votre bénéficiaire pour alléger tout fardeau financier si vous perdez la vie suite à un Accident. La police vous offre également des « prestations pour survivant » si vous subissez un Accident qui entraîne l'une des pertes énumérées dans le Tableau des pertes, tel qu'une Paralyse ou une Perte de l'Ouïe.

Admissibilité et Capital assuré

Votre régime prévoit des prestations en cas de Décès ou de Mutilation par Accident pour les Blessures résultant d'accidents couverts. Vous êtes automatiquement assuré pour un Capital assuré égal au montant d'assurance vie de base, jusqu'à un montant maximal de 500 000 \$.

Définitions

Voici une explication des termes utilisés dans la présente brochure.

Activités de la vie quotidienne signifie les six activités suivantes

1. **Maintien de l'incontinence** : capacité de contrôler la miction et les selles, y compris l'utilisation d'accessoires pour stomie ou d'autres dispositifs tels que des cathéters, si nécessaire ;
2. **Transfert** : capacité de se déplacer dans et hors d'un lit, entre un lit et une chaise, ou entre un lit et un fauteuil roulant ;
3. **Habiller** : enfiler et enlever tous les vêtements nécessaires, y compris les appareils orthodontiques, les membres artificiels ou autres appareils chirurgicaux ;
4. **Toilettes** : utilisation de toilettes incluant pour s'y rendre et en revenir, y monter et y descendre, gérer les fonctions intestinales et vésicales de manière à maintenir un niveau satisfaisant d'hygiène personnelle ;
5. **Manger** : capacité de consommer des aliments ou des boissons qui ont déjà été préparés et mis à disposition, avec ou sans l'utilisation d'ustensiles adaptés ; et
6. **Bain** : se laver dans une baignoire ou une douche, y compris la tâche d'entrer ou de sortir de la baignoire ou de la douche ou de se laver de façon satisfaisante par d'autres moyens.

Automobile de type passager privé désigne tout moyen de transport non exploité à des fins commerciales, conçues pour le transport de passagers et qui est tiré, propulsé ou alimenté de quelque façon que ce soit, y compris les automobiles, les camions, les motocyclettes, les cyclomoteurs, les motoneiges ou les bateaux.

Blessure ou **blessures** signifient une Blessure corporelle subie par l'Employé assuré résultant directement d'un accident non intentionnel et imprévu, à condition qu'un tel accident soit causé par une source externe et qu'il se produise pendant que l'assurance de l'Employé assuré en vertu de la présente police est en vigueur.

Compagnie désigne la Compagnie d'Assurance AIG du Canada.

Conjoint désigne une personne âgée de moins de 70 ans qui est légalement mariée avec la personne ou, à défaut, une personne qui, même si elle n'est pas légalement mariée avec vous, cohabite avec vous pendant au moins un an et est publiquement représentée comme votre partenaire domestique dans la collectivité où vous résidez.

Employé assuré désigne une personne appartenant à une catégorie d'Employés admissibles indiquée dans les Conditions particulières de l'Annexe à la police à condition que son nom figure dans les dossiers du Titulaire de police en tant que personne assurée aux termes de la présente police.

Employeur signifie le Titulaire de police, une société affiliée ou une de ses succursales qui emploie les catégories admissibles d'employés assurés indiquées dans les Conditions particulières de l'Annexe de la police.

Enfant à charge signifie un enfant de sang (légitime ou non), un enfant adopté ou un enfant d'un autre lit de l'Employé assuré ou tout enfant pour qui l'Employé assuré tient le rôle de parent, à condition que : (i) l'enfant soit âgé de moins



Assurance collective de base pour accidents
Pour : Guillevin International Co, Catégorie II
Numéro de police : GPA 9427605

23 ans, qu'il soit célibataire et dépende de l'Employé assuré pour son soutien et sa subsistance et qu'il n'exerce pas d'emploi rémunéré de plus de 25 heures par semaine au moment de la Perte (ii) l'enfant soit âgé de moins de 26 ans, qu'il soit célibataire, qu'il fréquente un Établissement d'enseignement supérieur et qu'il dépende de l'Employé assuré pour son Maintien et sa subsistance et qu'il n'exerce pas d'emploi rémunéré de plus de 25 heures par semaine au moment de la Perte ; ou (iii) l'enfant ne puisse pas, pour des raisons d'infirmité mentale ou physique, exercer un emploi qui lui permet de subvenir à ses besoins et qu'il soit considéré comme un enfant à charge de l'Employé assuré au sens de la Loi de l'impôt sur le revenu du Canada.

Famille immédiate signifie une personne qui a des liens de parenté avec l'Employé assuré de l'une des manières suivantes : elle est son Conjoint ou sa Conjointe, son beau-frère, sa belle-sœur, son gendre, sa belle-fille, sa belle-mère, son beau-père, sa mère ou son père (y compris le Conjoint de la mère ou du père), son frère ou sa sœur (y compris l'enfant du Conjoint) ou son enfant (y compris un enfant légalement adopté ou l'enfant du Conjoint).

Gains annuels signifie le salaire annuel de l'Employé assuré tiré d'un emploi auprès de l'Employeur immédiatement avant la date de la Perte, en excluant les heures supplémentaires, les gratifications, les participations aux bénéfices et les commissions.

Invalidité permanente et totale désigne une blessure qui vous empêche d'accomplir au moins deux des six activités de la vie quotidienne, sans l'aide d'une autre personne, et dont il a été établi, à la satisfaction de la Compagnie, que vous êtes et demeurez, 12 mois après la date de la blessure, incapable d'accomplir au moins deux des six activités de la vie quotidienne sans assistance d'une autre personne pendant le reste de votre vie. L'invalidité doit être déterminée comme étant totale, permanente et irréversible et certifiée comme telle par un médecin reconnu par la compagnie. Votre incapacité à obtenir un emploi n'est pas un critère d'admissibilité à la prestation d'invalidité permanente et totale.

Hôpital signifie un établissement qui :

- (a) détient un permis d'exploitation à titre d'Hôpital (si un permis est exigé dans le territoire de compétence) ;
- (b) sont en exploitation principalement pour assurer l'accueil, les soins et le traitement des personnes malades ou blessées à titre de patients hospitalisés ;
- (c) fournit des services de soins infirmiers 24 heures par jour dispensés par des infirmiers autorisés ou des infirmiers diplômés ;
- (d) compte parmi son personnel au moins un Médecin dûment qualifié disponible en tout temps ;
- (e) fournit des installations organisées pour le diagnostic et pour les interventions chirurgicales majeures ;
- (f) n'est pas principalement une clinique, une maison de soins infirmiers, une maison de repos ou de convalescence ou un établissement similaire ; et
- (g) n'est pas, sauf accessoirement, un lieu de traitement pour les alcooliques ou les toxicomanes.

Médecin désigne un Médecin praticien dûment autorisé, autre que l'Employé assuré ou qu'un membre de sa Famille immédiate, autorisé à administrer des traitements médicaux et à prescrire des médicaments dans le lieu où il ou elle offre des services médicaux. Les personnes suivantes ne sont pas considérées comme un Médecin : naturopathe, herboriste et homéopathe.

Parent à charge signifie les parents, beaux-parents, grands-parents, grands-parents par union, grands-parents ou arrière-grands-parents par union de l'Employé assuré qui dépendent de lui pour le soutien, l'entretien et les soins.

Perte signifie qu'en cas d'utilisation avec des références à :

- (a) **Bras ou Jambe** signifient le sectionnement total à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus ;
- (b) **Doigts**, signifie le sectionnement total à la première phalange, ou au-dessus, des quatre Doigts d'une Main ;
- (c) **Main ou Pied** signifient le sectionnement total à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, mais en dessous de l'articulation du coude ou du genou ;
- (d) **Orteil**, signifie le sectionnement total de deux phalanges de tous les Orteils d'un Pied ;
- (e) **L'Ouïe** signifie le diagnostic de la Perte permanente de L'Ouïe des deux oreilles, le seuil auditif excédant 90 décibels dans chaque oreille. Un otorhinolaryngologiste qualifié doit confirmer le diagnostic par écrit ;
- (f) **L'Ouïe d'une oreille** signifie le diagnostic de Perte permanente de L'Ouïe d'une oreille, le seuil auditif excédant 90 décibels. Un otorhinolaryngologiste qualifié doit confirmer un tel diagnostic par écrit ;
- (g) **Perte de parole** signifie la Perte totale et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles ;



Assurance collective de base pour accidents
Pour : Guillevin International Co, Catégorie II
Numéro de police : GPA 9427605

- (h) **Perte de l'usage** signifie la Perte totale et irrémédiable de l'usage ; cette Perte doit être continue pendant 12 mois consécutifs à la fin desquels elle doit être déclarée permanente;
- (i) **Pouce ou Index** signifient le sectionnement total à la première phalange ou au-dessus ;
- (j) **Quadruplégie, Paraplégie et Hémip légie**, signifie la paralysie complète et irréversible des membres du corps visé ;
- (k) **La Vue complète d'un Œil** signifie la Perte totale et irrémédiable de la vue de façon à ce que l'acuité visuelle corrigée de cet œil soit égale ou inférieure à 20/200 ;
- (l) **La Vue complète des deux yeux** signifie la Perte totale et irréversible de la vue des deux yeux de façon à ce que l'acuité visuelle corrigée des deux yeux soit inférieure ou égale à 20/200 et que le champ visuel soit inférieur à 20 degrés dans les deux yeux. Un ophtalmologue qualifié doit confirmer cliniquement le diagnostic par écrit .

Perte : utilisée dans les présentes, on entend aussi la **Perte de la vie**.

Vol de voiture signifie de prendre illégalement possession d'une Voiture de tourisme au moyen de la force ou de menaces à l'endroit de l'Employé ou des Employés assurés qui occupent alors légitimement cette Voiture de tourisme.

Conditions particulières

Date d'entrée en vigueur

Votre protection entre en vigueur à la date à laquelle vous remplissez les conditions d'éligibilité pour devenir un Employé assuré.

Date de fin

La couverture prend fin à la première des éventualités suivantes :

1. la date de résiliation du contrat;
2. la date d'échéance du paiement de la prime si les primes ne sont pas payées à l'échéance;
3. la date à laquelle la personne ne répond plus à la définition d'Employé assuré; ou
4. le premier jour du mois suivant la date à laquelle la personne n'appartient plus à une catégorie admissible d'employés telle qu'énoncée dans la police.

Maintien de la couverture

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

Privilège de conversion

Si la personne quitte son emploi pour quelque raison que ce soit, elle a 90 jours pour transformer sa protection en une police d'assurance individuelle offrant une protection comparable. Le montant de la prestation d'assurance prévue pour la nouvelle police ne doit pas dépasser le montant le moins élevé entre 500 000 \$ ou le capital assuré en vigueur au moment de la conversion de la police. La prime exigible sera basée sur les taux en vigueur pour les polices individuelles au moment de la proposition.

Limite globale par accident

Le montant maximal que la Compagnie paiera pour deux ou plusieurs employés assurés blessés dans un accident est le montant de la limite globale par accident indiquée dans l'Annexe de la police, le cas échéant. Si le total des indemnités qui seraient versées par la compagnie dépasse la limite globale par accident, chaque employé assuré reçoit sa part proportionnelle du montant de la limite globale par accident versée par la compagnie.



Assurance collective de base pour accidents
Pour : Guillevin International Co, Catégorie II
Numéro de police : GPA 9427605

Garanties et protection

Mort accidentelle, Mutilation, Paralyse et Perte de l'usage

Si un sinistre couvert survient dans les 365 jours suivants la date de l'accident ayant causé le sinistre, la Compagnie paiera le pourcentage indiqué du capital assuré tel qu'indiqué dans le tableau des Pertes suivant. Si plus d'une Perte est subie à la suite du même accident, un seul montant, soit le plus élevé, sera versé.

Tableau des pertes	Pourcentage du Capital assuré payable
Perte	
Perte de la vie	100 %
Perte des deux Mains et des deux Pieds	100 %
Perte de Vue complète et des deux yeux	100 %
Perte d'une Main et d'un Pied	100 %
Perte d'une Main et de la Vue complète d'un œil	100 %
Perte d'un Pied et de la vue complète d'un œil	100 %
Mort cérébrale	100 %
Perte d'un Bras ou d'une Jambe	80 %
Perte d'une Main ou d'un Pied	75 %
Perte de la Vue complète d'un œil	75 %
Perte du Pouce et de l'Index d'une même Main	33.3 %
Perte de la parole et de L'Ouïe	100 %
Perte de la parole ou de L'Ouïe	75 %
Perte de l'Ouïe d'une oreille	66.7 %
Perte des quatre Doigts d'une Main	33.3 %
Perte de tous les Orteils d'un Pied	25 %
Perte de l'usage	
Perte de l'usage des deux Bras ou des deux Mains	100 %
Perte de l'usage d'une Main ou d'un Pied	75 %
Perte de l'usage d'un Bras ou d'une Jambe	80 %
Paralyse	
Quadriplégie (paralyse totale des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs)	Deux fois le Capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars
Paraplégie (paralyse totale des deux membres inférieurs)	Deux fois le Capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars
Hémiplégie (paralyse totale d'un membre supérieur et d'un membre inférieur du même côté du corps)	Deux fois le Capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars



Assurance collective de base pour accidents
Pour : Guillevin International Co, Catégorie II
Numéro de police : GPA 9427605

Garanties additionnelles

Ces garanties ne s'appliquent que si elles sont choisies par l'Employeur et que la prime appropriée a été payée. La description des garanties n'est qu'un résumé et ne comprend pas toutes les dispositions, sous-limites, conditions et exclusions.

Garanties	Maximum	Description de la garantie
DISPARITION	Capital assuré	Paie le capital assuré en cas de perte de vie si votre corps n'a pas été retrouvé dans l'année qui suit l'atterrissage forcé, l'échouement, le naufrage ou l'écrasement d'un moyen de transport dont la personne était l'un des occupants.
RÉADAPTATION	15 000 \$	Paie les frais engagés pour la formation professionnelle jusqu'à concurrence du maximum si ces frais sont engagés dans les trois ans qui suivent l'accident et dont résulte une blessure pour laquelle une indemnité en vertu de la police est reçue.
AMÉNAGEMENT DE LA RÉSIDENCE OU D'UN VÉHICULE	15 000 \$	Versement d'une prestation unique jusqu'à concurrence du maximum pour les frais de transformation de résidence et de modification de véhicule couverts si une blessure est subie et pour laquelle une prestation en vertu de la police est reçue et que vous avez besoin d'un fauteuil roulant pour vous déplacer.
MODIFICATION ET ADAPTATION DE L'ESPACE DE TRAVAIL	5 000 \$	Paie une prestation unique à votre employeur jusqu'à concurrence du maximum si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu de la police et que vous avez besoin d'un équipement adapté spécial ou d'une modification du lieu de travail pour que vous puissiez retourner au travail à temps plein pour le Titulaire de police.
THÉRAPIE PSYCHOLOGIQUE	5 000 \$	Versement d'une prestation jusqu'à concurrence du maximum si vous souffrez d'une Blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu de la police et que vous avez besoin d'une thérapie psychologique dans les deux ans suivant la blessure.
HOSPITALISATION	2 500 \$/mois	Versement d'une prestation de (i) 1 % du capital assuré jusqu'à concurrence du maximum pour les hospitalisations de plus de 30 nuits, ou (ii) 1/30 ^e du montant déterminé à (i) pour les hospitalisations de plus de cinq nuits mais de moins de 30 nuits, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une indemnité en vertu de la police et que vous êtes hospitalisé en raison de cette blessure, pour un maximum de douze mois.
TRANSPORT DE LA FAMILLE	15 000 \$	Verse une prestation jusqu'à concurrence du maximum pour les frais engagés pour le transport d'un membre de votre famille immédiate à l'hôpital si vous souffrez d'une Blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu de la police et que, par conséquent, vous êtes hospitalisé à plus de 100 kilomètres de chez vous.
RAPATRIEMENT	15 000 \$	Versement d'une prestation jusqu'à concurrence du maximum pour couvrir les frais de rapatriement de votre corps dans votre ville de résidence si vous subissez un décès accidentel couvert alors que vous êtes à au moins 50 kilomètres de chez vous.
IDENTIFICATION DU CORPS	5 000 \$	Versement d'une prestation jusqu'à concurrence du maximum pour le transport et l'hébergement commercial d'un membre de la famille immédiate afin d'identifier votre corps si vous subissez un décès accidentel couvert à au moins 150 kilomètres de votre domicile et que l'organisme en charge d'appliquer la loi dans cette région requiert une telle identification.



Assurance collective de base pour accidents
Pour : Guillevin International Co, Catégorie II
Numéro de police : GPA 9427605

Garanties	Maximum	Description de la garantie
FRAIS DE GARDERIE	5 000 \$/an	Versement d'une prestation annuelle pouvant atteindre 5 % du Capital assuré jusqu'à concurrence du maximum pour les frais de garde de chaque enfant à charge de moins de 13 ans qui est inscrit ou qui s'inscrit dans les 90 jours à une garderie si vous êtes victime d'un décès accidentel couvert. La prestation est payable jusqu'à concurrence de quatre années consécutives.
ÉTUDES D'UN ENFANT À CHARGÉE	5 000 \$/année d'études	Versement d'une prestation annuelle pouvant atteindre 5 % du capital assuré jusqu'à concurrence du maximum pour les frais de scolarité de chaque enfant à charge inscrit à temps plein à un programme d'études postsecondaires si vous décédez accidentellement d'un accident couvert. La prestation est payable jusqu'à concurrence de quatre années consécutives.
ÉTUDES DU CONJOINT	15 000 \$	Versement d'une prestation jusqu'à concurrence du maximum des frais engagés par votre conjoint pour s'inscrire à un programme de formation professionnelle ou à un programme de formation technique dans le but d'obtenir une source de revenus indépendante, si vous subissez un décès accidentel couvert et que ces frais sont engagés dans les 36 mois suivants votre décès.
FRAIS FUNÉRAIRES	5 000 \$	Versement d'une prestation jusqu'à concurrence du maximum pour rembourser les frais funéraires si vous subissez un décès accidentel couvert.
PERSONNES EN DEUIL	1 000 \$	Versement jusqu'à concurrence du Maximum si vous perdez la vie dans un accident couvert et que les personnes à votre charge qui sont admissibles ont besoin de thérapie dans l'année qui suit votre décès.
CEINTURES DE SÉCURITÉ ET SACS GONFLABLES	50 000 \$	Versement d'une prestation correspondant à 10 % du Capital assuré jusqu'à concurrence du Maximum si vous subissez un décès accidentel couvert alors que vous conduisez ou si vous êtes à bord d'une Voiture de tourisme à titre de passager, votre Ceinture de sécurité a été attachée correctement. Si la prestation pour Ceinture de sécurité est payable et que vous étiez assis dans un siège protégé par un système de retenue supplémentaire en bon état de fonctionnement qui s'est gonflé à l'impact, une prestation supplémentaire de 10 % du Capital assuré sera versée. La prestation pour Ceinture de sécurité et de sac gonflable est payable jusqu'à concurrence du maximum combiné.
CONDITION PHYSIQUE EN CAS D'INVALIDITÉ	NON	Versement d'une indemnité jusqu'à concurrence du maximum si vous souffrez d'une Blessure pour laquelle vous recevez une indemnité en vertu de la police et que vous avez besoin d'un entraînement physique ou d'un équipement sportif spécialement conçu pour les personnes handicapées, ce qui n'aurait pas été nécessaire sans une telle blessure. Seuls les frais engagés au cours des deux premières années suivant la date de la blessure sont admissibles. Une seule prestation, la plus élevée, est payable en vertu des polices émises par la Compagnie et ne doit pas faire concurrence avec les prestations payables en vertu de toute autre assurance.
ALLOCATION PARENTALE	NON	Versement d'une prestation supplémentaire correspondant à 10 % du Capital assuré jusqu'à concurrence du maximum pour tout parent à charge, si vous êtes victime d'un décès accidentel couvert. L'indemnité est payable si, au moment de l'accident, le parent à charge se trouve dans un établissement de soins infirmiers agréé, qu'il est inscrit à un programme de soins à domicile, vit avec vous ou reçoit un soutien financier et des soins de votre part. Une seule prestation de garde parentale sera versée, quel que soit le nombre de parents à charge admissibles.



Assurance collective de base pour accidents
Pour : Guillevin International Co, Catégorie II
Numéro de police : GPA 9427605

Garanties	Maximum	Description de la garantie
VOL DE VOITURE	NON	Versement d'une prestation supplémentaire correspondant à 10 % du capital assuré jusqu'à concurrence du maximum si vous subissez une blessure accidentelle couverte et que la blessure à l'origine de la perte résulte d'un détournement de voiture pendant que vous conduisiez une automobile de tourisme ou que vous y montiez ou en descendiez.
INVALIDITÉ PERMANENTE ET TOTALE	NON	Paye le Capital assuré moins tous les montants en vertu du Tableau des pertes qui ont été payés ou qui sont payables pour la même perte, si vous souffrez d'une blessure entraînant une invalidité permanente et totale.
ASSAUT CRIMINEL	NON	Versement d'une prestation supplémentaire de 10 % du Capital assuré si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu de la police à la suite d'un acte criminel délibéré d'une autre personne à votre endroit à titre d'employé du titulaire de la police, à moins que cet acte ait été commis par un collègue ou un membre de votre famille ou de la maison.
DÉFIGURATION COSMÉTIQUE	NON	Paye un pourcentage du capital assuré jusqu'à concurrence du maximum si vous souffrez d'une brûlure au troisième degré causée par l'exposition au feu, à la chaleur, à une substance corrosive, à l'électricité ou au rayonnement. Veuillez consulter la police pour plus de détails, y compris le pourcentage payable.
PRESTATIONS POUR COMA	NON	Versement d'une prestation mensuelle correspondant à 1 % de la différence entre le Capital assuré et tout autre montant payable en vertu de la police relativement à la Blessure pour une période maximale de 100 mois, si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu de la police et que dans les 90 jours suivant la date de l'accident couvert, le coma d'invalidité dure au moins 6 mois consécutifs et est ensuite considéré comme permanent par un Médecin.
MALADIE GRAVE	NON	Versement d'une prestation supplémentaire correspondant à 10 % du capital assuré, jusqu'à concurrence du maximum, si vous recevez un diagnostic de maladie grave couverte suivante : <ol style="list-style-type: none">1) Insuffisance d'organes majeurs sur une liste d'attente2) Transplantation d'organes majeurs3) Maladie neuromotrice4) Sclérose en plaques5) Fasciite nécrosante6) Maladie de Parkinson <p>Veillez consulter la police pour connaître les exigences particulières au niveau du diagnostic. Vous devez survivre au moins 30 jours après le diagnostic et avoir moins de 65 ans au moment du diagnostic. Il s'agit d'une prestation unique, même si vous recevez un diagnostic de plus d'une maladie grave couverte. Veuillez consulter la police pour connaître les exclusions supplémentaires applicables à cette garantie.</p>



Assurance collective de base pour accidents
Pour : Guillevin International Co, Catégorie II
Numéro de police : GPA 9427605

Exclusions

La police ne couvre aucune perte causée ou entraînée en tout ou en partie par ce qui suit :

- (a) le suicide commis ou toute tentative de suicide commise par vous, si vous êtes sain d'esprit ;
- (b) des Blessures que vous vous infligez intentionnellement ou toute tentative en ce sens, que vous soyez sain d'esprit ou non ;
- (c) la guerre, déclarée ou non, ou tout acte de guerre ;
- (d) une maladie, une affection ou une infirmité corporelle, directement ou indirectement, à l'origine de la perte ou de la demande de règlement ;
- (e) une incapacité mentale, directement ou indirectement, à l'origine de la perte ou de la demande de règlement ;
- (f) une blessure subie pendant que vous recevez un traitement médical ou chirurgical pour soigner une maladie, une affection ou une infirmité corporelle ou mentale ;
- (g) un accident ou un événement vasculaire cérébral, un accident ou un événement cardiovasculaire, un infarctus du myocarde ou une crise cardiaque, une thrombose coronaire, un anévrisme ;
- (h) un voyage ou un vol à bord (y compris à l'embarquement ou au débarquement et en y montant ou en descendant) de tout Aéronef, si vous :
 - i. êtes passagers dans un aéronef non destiné au transport de passagers ou ne détenant pas de permis à cet effet ; ou
 - ii. exécutez, apprenez à exécuter ou enseignez à exécuter des manœuvres en tant que pilote ou membre de l'équipage de tout aéronef ; ou
 - iii. êtes passager d'un aéronef qui appartient au Titulaire de police, qui est loué ou affrété par ce dernier.
- (i) les voyages ou les vols à bord de tout Aéronef ou embarcation conçus pour voler ou planer au-dessus de la surface de la Terre (y compris l'embarquement ou le débarquement, de monter à bord ou d'en descendre) :
 - i. sauf à titre de passager d'un transporteur aérien commercial régulier ; ou
 - ii. utilisés pour l'épandage, la pulvérisation ou l'ensemencement de cultures, la lutte contre l'incendie, la patrouille routière, l'ambulance aérienne, l'inspection de pipelines ou de lignes électriques, la photographie ou l'exploration aérienne, les courses, les essais d'endurance, les cascades ou les acrobaties aériennes ; et
 - iii. à destination ou en provenance de sites d'atterrissage en mer ; ou
 - iv. utilisé dans le cadre de toute opération nécessitant un permis spécial de la Direction de l'aviation civile de Transports Canada, même s'il est accordé (ceci ne s'applique pas si le permis est requis uniquement en raison du territoire survolé ou sur lequel il a atterri).
- (j) une infection, quelle qu'elle soit, peu importe la façon dont elle a été contractée, à l'exception d'infections bactériennes causées directement par le botulisme, l'intoxication alimentaire ou une coupure ou une blessure accidentelle indépendante et en l'absence de toute autre maladie, affection ou condition sous-jacente y compris, mais sans s'y limiter, le diabète ;
- (k) une Blessure ou Perte que vous subissez pendant que vous êtes au service actif à temps plein des forces armées ou des forces de réserve organisées d'un pays ou d'une autorité internationale quelconques (Sur demande du



Assurance collective de base pour accidents
Pour : Guillevin International Co, Catégorie II
Numéro de police : GPA 9427605

Titulaire de police, la Compagnie remboursera toute prime non acquise se rapportant à une période pendant laquelle vous êtes en service actif à temps plein);

- (l) une Blessure ou Perte que vous subissez pendant que vous êtes sous l'effet de substances intoxicantes et que vous conduisez un véhicule ou tout autre moyen de transport ou de déplacement et que le taux d'alcoolémie soit de plus de 80 milligrammes par 100 millilitres de sang;
- (m) une Blessure ou Perte que vous subissez pendant que vous êtes sous l'effet de drogues ou de substances désignées, selon la définition figurant dans la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (Canada) à moins que leur prise soit strictement conforme aux conseils et à l'ordonnance d'un Médecin autorisé ;
- (n) la perpétration ou toute tentative de perpétration d'un acte par vous ou une Blessure subie par vous durant la perpétration ou toute tentative de perpétration d'un tel acte qui, s'il fait l'objet d'un jugement du tribunal, serait un acte illégal aux termes des lois de la juridiction où l'acte a été commis ; et
- (o) un acte, toute tentative de perpétrer un acte, ou une omission commise par vous, ou un acte, toute tentative de perpétrer un acte ou une omission commise avec votre consentement dans le but d'interrompre le flux sanguin vers votre cerveau ou de causer l'asphyxie, qu'il y ait ou non intention de nuire ; et
- (p) les causes naturelles.

Processus de réclamation

Désignation de bénéficiaire

Vous avez l'option de désigner un bénéficiaire, si vous choisissez de ne pas le faire, en cas de perte accidentelle de la vie, la prestation sera versée au bénéficiaire que vous avez désigné par écrit en vertu de la police d'assurance-vie collective actuelle de votre Employeur. S'il n'y a pas de désignation écrite, la prestation sera versée à votre succession.

Toutes les autres prestations vous seront versées.

Comment faire une demande

En cas de réclamation, les formulaires peuvent être obtenus auprès de votre Employeur.

Un avis écrit de réclamation à la Compagnie doit être donné au plus tard 30 jours après la date de l'accident. Dans les 90 jours suivant la date de l'accident, une preuve de sinistre doit être soumise à la Compagnie. La preuve peut comprendre un certificat d'un médecin légalement qualifié attestant de la cause et de la nature de l'accident ou de la blessure qui en est la cause et de la durée de la blessure ou du sinistre.

Le défaut de donner une preuve d'avis de réclamation ou de fournir une preuve de réclamation dans les délais prescrits ci-dessus n'invalidera pas la demande si l'avis ou la preuve est donné ou fourni dès qu'il est raisonnablement possible de le faire et en aucun cas plus d'un an après la date de l'accident ou de la blessure, et s'il est démontré qu'il était raisonnablement impossible de donner avis ou de fournir une preuve dans le délai prescrit.



Assurance collective de base pour accidents
Pour : Guillevin International Co, Catégorie II
Numéro de police : GPA 9427605

Notes importantes

La présente brochure, telle qu'elle que modifiée, ne fournit qu'un résumé des dispositions relatives à la protection collective en cas d'accident individuel et aux indemnités supplémentaires. Les détails complets de la couverture sont contenus dans la police, y compris l'admissibilité, les limitations, les exclusions et les dispositions de résiliation. En cas de divergence entre la présente brochure et la police, ce sont les conditions de la police qui prévalent.

La brochure est fournie à titre informatif seulement et ne crée ni ne confère de droit ou d'obligation contractuelle. La possession de cette brochure ne signifie pas à elle seule que vous ou les personnes à votre charge êtes couverts. La police doit être en vigueur et vous devez satisfaire à toutes les exigences.

Toute action ou procédure intentée contre un assureur pour le recouvrement de sommes d'assurance payables en vertu du contrat est absolument interdite, à moins qu'elle ne soit intentée dans les délais prévus par la *Loi sur les assurances* (pour les actions ou procédures régies par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), la *Loi sur les assurances* (pour les actions ou procédures régies par les lois du Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour les actions ou procédures régies par les lois de l'Ontario), la *Loi sur les prescription des actions* (pour les actions ou procédures régies par les lois de la Saskatchewan) ou les autres lois applicables. Pour les actions ou procédures régies par les lois du Québec, le délai de prescription est fixé par le *Code civil du Québec*.

L'assurance est souscrite par la Compagnie d'assurance AIG du Canada.



Assurance collective volontaire en cas de décès ou de mutilation par accident
Pour : Guillevin International Co
Numéro de police : VOL 9427606

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

Une Blessure grave ou un décès par suite d'un accident peut avoir d'énormes conséquences pour votre famille qui pourraient vous empêcher vous ou votre Conjoint(e) de faire face à vos obligations financières. Votre employeur vous offre et à vos personnes à charge éligibles assurées d'acquiescer une assurance en cas d'accident, émise par la Compagnie d'assurance AIG du Canada. La police d'assurance prévoit une prestation globale à votre bénéficiaire pour alléger tout fardeau financier si vous ou une personne à charge éligible assurée perdez la vie suite à un Accident. La police vous offre également des « prestations pour survivant » si vous subissez ou une personne à charge éligible assurée un Accident qui entraîne l'une des pertes énumérées dans le Tableau des pertes, tel qu'une Paralyse ou une Perte de l'Ouïe.

Fonctionnement

Vous choisissez votre montant de Capital assuré, d'un minimum de 25 000 \$ à un maximum de 150 000 \$. Si vous optez pour une couverture familiale, le Capital assuré de votre Conjoint sera égal à un montant d'un minimum de 25 000 \$ à un maximum de 100 000 \$ et chacun de vos Enfants à charge aura un Capital assuré égal à un montant d'un minimum de 5 000 \$ à un maximum de 25 000 \$.

L'adhésion est simple

Vous êtes éligible à adhérer à l'assurance si vous êtes un employé actif de Guillevin International Co. Pour inclure les membres de votre famille éligibles, vous n'avez qu'à sélectionner la couverture familiale.

Pour en savoir plus sur les avantages de cette offre ou si vous êtes prêt à adhérer, contactez le département des ressources humaines aujourd'hui.

Voici ce que vous obtenez

Large couverture contre les accidents – Votre plan prévoit des prestations pour le décès accidentel et le démembrement résultant des accidents couverts.

Acceptation garantie – La couverture est octroyée sans égard à votre historique médical.

Couverture Mondiale 24/7 – Votre couverture est valide en tout temps – au travail, à la maison ou en vacances, n'importe où dans le monde.

Des déductions pratique – Pour vous faciliter la vie, les primes sont déduites automatiquement.

Définitions

Voici une explication des termes utilisés dans la présente brochure.

Activités de la vie quotidienne signifie les six activités suivantes

1. **Maintien de l'incontinence:** capacité de contrôler la miction et les selles, y compris l'utilisation d'accessoires pour stomie ou d'autres dispositifs tels que des cathéters, si nécessaire ;
2. **Transfert:** capacité de se déplacer dans et hors d'un lit, entre un lit et une chaise, ou entre un lit et un fauteuil roulant ;
3. **Habille :** enfiler et enlever tous les vêtements nécessaires, y compris les appareils orthodontiques, les membres artificiels ou autres appareils chirurgicaux ;
4. **Toilettes:** utilisation de toilettes incluant pour s'y rendre et en revenir, y monter et y descendre, gérer les fonctions intestinales et vésicales de manière à maintenir un niveau satisfaisant d'hygiène personnelle ;
5. **Manger:** capacité de consommer des aliments ou des boissons qui ont déjà été préparés et mis à disposition, avec ou sans l'utilisation d'ustensiles adaptés ; et
6. **Bain:** se laver dans une baignoire ou une douche, y compris la tâche d'entrer ou de sortir de la baignoire ou de la douche ou de se laver de façon satisfaisante par d'autres moyens.



Assurance collective volontaire en cas de décès ou de mutilation par accident
Pour : Guillevin International Co
Numéro de police : VOL 9427606

Automobile de type passager privé désigne tout moyen de transport non exploité à des fins commerciales, conçues pour le transport de passagers et qui est tiré, propulsé ou alimenté de quelque façon que ce soit, y compris les automobiles, les camions, les motocyclettes, les cyclomoteurs, les motoneiges ou les bateaux.

Blessure ou **blessures** signifient une Blessure corporelle subie par l'Employé assuré ou une personne à charge éligible assurée résultant directement d'un accident non intentionnel et imprévu, à condition qu'un tel accident soit causé par une source externe et qu'il se produise pendant que l'assurance de l'Employé assuré en vertu de la présente police est en vigueur.

Compagnie désigne la Compagnie d'Assurance AIG du Canada.

Conjoint désigne une personne âgée de moins de 70 ans qui est légalement mariée avec la personne ou, à défaut, une personne qui, même si elle n'est pas légalement mariée avec vous, cohabite avec vous pendant au moins un an et est publiquement représentée comme votre partenaire domestique dans la collectivité où vous résidez.

Employé assuré désigne une personne appartenant à une catégorie d'Employés admissibles indiquée dans les Conditions particulières de l'Annexe à la police à condition que son nom figure dans les dossiers du Titulaire de police en tant que personne assurée aux termes de la présente police.

Employeur signifie le Titulaire de police, une société affiliée ou une de ses succursales qui emploie les catégories admissibles d'employés assurés indiquées dans les Conditions particulières de l'Annexe de la police.

Enfant à charge signifie un enfant de sang (légitime ou non), un enfant adopté ou un enfant d'un autre lit de l'Employé assuré ou tout enfant pour qui l'Employé assuré tient le rôle de parent, à condition que : (i) l'enfant soit âgé de moins de 23 ans, qu'il soit célibataire et dépende de l'Employé assuré pour son soutien et sa subsistance et qu'il n'exerce pas d'emploi rémunéré de plus de 25 heures par semaine au moment de la Perte (ii) l'enfant soit âgé de moins de 26 ans, qu'il soit célibataire, qu'il fréquente un Établissement d'enseignement supérieur et qu'il dépende de l'Employé assuré pour son Maintien et sa subsistance et qu'il n'exerce pas d'emploi rémunéré de plus de 25 heures par semaine au moment de la Perte ; ou (iii) l'enfant ne puisse pas, pour des raisons d'infirmité mentale ou physique, exercer un emploi qui lui permet de subvenir à ses besoins et qu'il soit considéré comme un enfant à charge de l'Employé assuré au sens de la Loi de l'impôt sur le revenu du Canada.

Famille immédiate signifie une personne qui a des liens de parenté avec l'Employé assuré ou une personne à charge éligible assurée de l'une des manières suivantes : elle est son Conjoint ou sa Conjointe, son beau-frère, sa belle-sœur, son gendre, sa belle-fille, sa belle-mère, son beau-père, sa mère ou son père (y compris le Conjoint de la mère ou du père), son frère ou sa sœur (y compris l'enfant du Conjoint) ou son enfant (y compris un enfant légalement adopté ou l'enfant du Conjoint).

Invalidité permanente et totale désigne une blessure qui vous empêche d'accomplir au moins deux des six activités de la vie quotidienne, sans l'aide d'une autre personne, et dont il a été établi, à la satisfaction de la Compagnie, que vous êtes et demeurez, 12 mois après la date de la blessure, incapable d'accomplir au moins deux des six activités de la vie quotidienne sans assistance d'une autre personne pendant le reste de votre vie. L'invalidité doit être déterminée comme étant totale, permanente et irréversible et certifiée comme telle par un médecin reconnu par la compagnie. Votre incapacité à obtenir un emploi n'est pas un critère d'admissibilité à la prestation d'invalidité permanente et totale.

Hôpital signifie un établissement qui :

- (a) détient un permis d'exploitation à titre d'Hôpital (si un permis est exigé dans le territoire de compétence) ;
- (b) sont en exploitation principalement pour assurer l'accueil, les soins et le traitement des personnes malades ou blessées à titre de patients hospitalisés ;
- (c) fournit des services de soins infirmiers 24 heures par jour dispensés par des infirmiers autorisés ou des infirmiers diplômés ;
- (d) compte parmi son personnel au moins un Médecin dûment qualifié disponible en tout temps ;
- (e) fournit des installations organisées pour le diagnostic et pour les interventions chirurgicales majeures ;
- (f) n'est pas principalement une clinique, une maison de soins infirmiers, une maison de repos ou de convalescence ou un établissement similaire ; et
- (g) n'est pas, sauf accessoirement, un lieu de traitement pour les alcooliques ou les toxicomanes.



Assurance collective volontaire en cas de décès ou de mutilation par accident
Pour : Guillevin International Co
Numéro de police : VOL 9427606

Médecin désigne un Médecin praticien dûment autorisé, autre que l'Employé assuré ou qu'un membre de sa Famille immédiate, autorisé à administrer des traitements médicaux et à prescrire des médicaments dans le lieu où il ou elle offre des services médicaux. Les personnes suivantes ne sont pas considérées comme un Médecin : naturopathe, herboriste et homéopathe.

Parent à charge signifie les parents, beaux-parents, grands-parents, grands-parents par union, grands-parents ou arrière-grands-parents par union de l'Employé assuré qui dépendent de lui pour le soutien, l'entretien et les soins.

Perte signifie qu'en cas d'utilisation avec des références à :

- (a) **Bras ou Jambe** signifient le sectionnement total à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus ;
- (b) **Doigts**, signifie le sectionnement total à la première phalange, ou au-dessus, des quatre Doigts d'une Main ;
- (c) **Main ou Pied** signifient le sectionnement total à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, mais en dessous de l'articulation du coude ou du genou ;
- (d) **Orteil**, signifie le sectionnement total de deux phalanges de tous les Orteils d'un Pied ;
- (e) **L'Ouïe** signifie le diagnostic de la Perte permanente de L'Ouïe des deux oreilles, le seuil auditif excédant 90 décibels dans chaque oreille. Un otorhinolaryngologiste qualifié doit confirmer le diagnostic par écrit ;
- (f) **L'Ouïe d'une oreille** signifie le diagnostic de Perte permanente de L'Ouïe d'une oreille, le seuil auditif excédant 90 décibels. Un otorhinolaryngologiste qualifié doit confirmer un tel diagnostic par écrit ;
- (g) **Perte de parole** signifie la Perte totale et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles ;
- (h) **Perte de l'usage** signifie la Perte totale et irrémédiable de l'usage ; cette Perte doit être continue pendant 12 mois consécutifs à la fin desquels elle doit être déclarée permanente ;
- (i) **Pouce ou Index** signifient le sectionnement total à la première phalange ou au-dessus ;

Quadriplégie, Paraplégie et Hémip légie, signifie la paralysie complète et irréversible des membres du corps visé ;

La Vue complète d'un Œil signifie la Perte totale et irrémédiable de la vue de façon à ce que l'acuité visuelle corrigée de cet œil soit égale ou inférieure à 20/200 ;

La Vue complète des deux yeux signifie la Perte totale et irréversible de la vue des deux yeux de façon à ce que l'acuité visuelle corrigée des deux yeux soit inférieure ou égale à 20/200 et que le champ visuel soit inférieur à 20 degrés dans les deux yeux. Un ophtalmologue qualifié doit confirmer cliniquement le diagnostic par écrit .

Personne assurée : L'Employé assuré et, si l'Employé assuré a choisi une couverture familiale, « Personne assurée » inclut aussi, son Conjoint et Enfants à charge, le cas échéant, aussi référés par l'expression personnes à charge éligibles assurées.

Perte : utilisée dans les présentes, on entend aussi la **Perte de la vie**.

Vol de voiture signifie de prendre illégalement possession d'une Voiture de tourisme au moyen de la force ou de menaces à votre endroit ou à celui des assurés à charge éligibles qui occupent alors légitimement cette Voiture de tourisme.



Assurance collective volontaire en cas de décès ou de mutilation par accident
Pour : Guillevin International Co
Numéro de police : VOL 9427606

Conditions particulières

Date d'entrée en vigueur

La protection pour un Employé assuré, son Conjoint ou Enfant à charge entre en vigueur à la date la plus tardive des dates suivantes : (1) la date d'entrée en vigueur de la présente police; (2) le premier jour du mois suivant la date de réception de votre demande complétée par le département des ressources humaines; ou (3) la date à laquelle une personne répond à la définition d'un Employé assuré, Conjoint ou Enfant à charge.

Date de fin

La couverture d'un Employé assuré, de son conjoint ou enfant à charge prend fin à la première des éventualités suivantes :

1. la date de résiliation du contrat;
2. la date d'échéance du paiement de la prime si les primes ne sont pas payées à l'échéance;
3. la date à laquelle la personne ne répond plus à la définition d'Employé assuré, de Conjoint ou d'Enfant à charge;
ou
4. le premier jour du mois suivant la date à laquelle l'Employé assuré n'appartient plus à une Catégorie admissible d'employés telle qu'énoncée dans la police.

Maintien de la couverture

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

Privilège de conversion

Si la personne quitte son emploi pour quelque raison que ce soit, elle a 90 jours pour transformer sa protection en une police d'assurance individuelle offrant une protection comparable. Le montant de la prestation d'assurance prévue pour la nouvelle police ne doit pas dépasser le montant le moins élevé entre 500 000 \$ ou le capital assuré en vigueur au moment de la conversion de la police. La prime exigible sera basée sur les taux en vigueur pour les polices individuelles au moment de la proposition.

Couverture familiale étendue

Si vous décédez, la couverture de votre Conjoint et/ou Enfant à charge sera maintenue pour six (6) mois, à condition que les primes continuent à être payées.

Limite globale par accident

Le montant maximal que la Compagnie paiera pour deux ou plusieurs employés assurés blessés dans un accident est le montant de la limite globale par accident indiquée dans l'Annexe de la police, le cas échéant. Si le total des indemnités qui seraient versées par la compagnie dépasse la limite globale par accident, chaque employé assuré reçoit sa part proportionnelle du montant de la limite globale par accident versée par la compagnie.



Assurance collective volontaire en cas de décès ou de mutilation par accident
Pour : Guillevin International Co
Numéro de police : VOL 9427606

Garantie et protection

Mort accidentelle, Mutilation, Paralyse et Perte de l'usage

Si un sinistre couvert survient dans les 365 jours suivants la date de l'accident ayant causé le sinistre, la Compagnie paiera le pourcentage indiqué du capital assuré tel qu'indiqué dans le tableau des Pertes suivant. Si plus d'une Perte est subie à la suite du même accident, un seul montant, soit le plus élevé, sera versé.

Tableau des pertes	Pourcentage du Capital assuré payable
Perte	
Perte de la vie	100 %
Perte des deux Mains et des deux Pieds	100 %
Perte de Vue complète et des deux yeux	100 %
Perte d'une Main et d'un Pied	100 %
Perte d'une Main et de la Vue complète d'un œil	100 %
Perte d'un Pied et de la vue complète d'un œil	100 %
Mort cérébrale	100 %
Perte d'un Bras ou d'une Jambe	80 %
Perte d'une Main ou d'un Pied	75 %
Perte de la Vue complète d'un œil	75 %
Perte du Pouce et de l'Index d'une même Main	33.3 %
Perte de la parole et de L'Ouïe	100 %
Perte de la parole ou de L'Ouïe	75 %
Perte de l'Ouïe d'une oreille	66.7 %
Perte des quatre Doigts d'une Main	33.3 %
Perte de tous les Orteils d'un Pied	25 %
Perte de l'usage	
Perte de l'usage des deux Bras ou des deux Mains	100 %
Perte de l'usage d'une Main ou d'un Pied	75 %
Perte de l'usage d'un Bras ou d'une Jambe	80 %
Paralyse	
Quadriplégie (paralyse totale des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs)	Deux fois le Capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars
Paraplégie (paralyse totale des deux membres inférieurs)	Deux fois le Capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars
Hémiplégie (paralyse totale d'un membre supérieur et d'un membre inférieur du même côté du corps)	Deux fois le Capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars



Assurance collective volontaire en cas de décès ou de mutilation par accident
Pour : Guillevin International Co
Numéro de police : VOL 9427606

Garanties additionnelles

Ces garanties ne s'appliquent que si elles sont choisies par l'Employeur et que la prime appropriée a été payée. La description des garanties n'est qu'un résumé et ne comprend pas toutes les dispositions, sous-limites, conditions et exclusions.

Garanties	Maximum	Description de la garantie
DISPARITION	Capital assuré	Paie le capital assuré en cas de perte de vie si votre corps ou celui de votre personne à charge éligible assurée n'a pas été retrouvé dans l'année qui suit l'atterrissage forcé, l'échouement, le naufrage ou l'écrasement d'un moyen de transport dont la personne était l'un des occupants.
DÉSASTRE SIMULTANÉ	Capital assuré	Si vous et votre Conjoint souffrez chacun de Blessures dans le même accident, et qu'une conséquence directe de ces Blessures est la Perte de la vie de chacun qui survient dans les 90 jours suivant l'accident, le Capital assuré de votre conjoint sera augmenté à un montant égal au vôtre.
RÉADAPTATION (EMPLOYÉ ASSURÉ SEULEMENT)	15 000 \$	Paie les frais engagés pour votre formation professionnelle jusqu'à concurrence du maximum si ces frais sont engagés dans les trois ans qui suivent l'accident et dont résulte une blessure pour laquelle une indemnité en vertu de la police est reçue.
AMÉNAGEMENT DE LA RÉSIDENCE OU D'UN VÉHICULE	15 000 \$	Versement d'une prestation unique jusqu'à concurrence du maximum pour les frais de transformation de résidence et de modification de véhicule couverts si vous ou une personne à charge éligible assurée subissez une blessure et pour laquelle une prestation en vertu de la police est reçue et que vous ou une personne à charge éligible assurée avez besoin d'un fauteuil roulant pour vous déplacer.
MODIFICATION ET ADAPTATION DE L'ESPACE DE TRAVAIL (EMPLOYÉ ASSURÉ SEULEMENT)	5 000 \$	Paie une prestation unique à votre employeur jusqu'à concurrence du maximum si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu de la police et que vous avez besoin d'un équipement adapté spécial ou d'une modification du lieu de travail pour que vous puissiez retourner au travail à temps plein pour le Titulaire de police.
THÉRAPIE PSYCHOLOGIQUE	5 000 \$	Versement d'une prestation jusqu'à concurrence du maximum si vous ou une personne à charge éligible assurée souffrez d'une Blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu de la police et que vous avez besoin d'une thérapie psychologique dans les deux ans suivant la blessure.
PRESTATIONS HOSPITALIÈRES	2 500 \$/mois	Versement d'une prestation de (i) 1 % du capital assuré jusqu'à concurrence du maximum pour les hospitalisations de plus de 30 nuits, ou (ii) 1/30 ^e du montant déterminé à (i) pour les hospitalisations de plus de cinq nuits mais de moins de 30 nuits, si vous ou une personne à charge éligible assurée subissez une blessure pour laquelle vous recevez une indemnité en vertu de la police et que vous êtes hospitalisé en raison de cette blessure, pour un maximum de douze mois.
TRANSPORT FAMILIAL	15 000 \$	Verse une prestation jusqu'à concurrence du maximum pour les frais engagés pour le transport d'un membre de votre famille immédiate à l'hôpital si vous ou une personne à charge éligible assurée souffrez d'une Blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu de la police et que, par conséquent, vous êtes hospitalisé à plus de 100 kilomètres de chez vous.



Assurance collective volontaire en cas de décès ou de mutilation par accident
Pour : Guillevin International Co
Numéro de police : VOL 9427606

Garanties	Maximum	Description de la garantie
INDEMNITÉ DE RAPATRIEMENT	15 000 \$	Versement d'une prestation jusqu'à concurrence du maximum pour couvrir les frais de rapatriement du corps dans votre ville de résidence si vous ou une personne à charge éligible assurée subissez un décès accidentel couvert alors que vous êtes à au moins 150 kilomètres de chez vous.
IDENTIFICATION DU CORPS	5 000 \$	Versement d'une prestation jusqu'à concurrence du maximum pour le transport et l'hébergement commercial d'un membre de la famille immédiate afin d'identifier le corps si vous ou une personne à charge éligible assurée subissez un décès accidentel couvert à au moins 150 kilomètres de votre domicile et que l'organisme en charge d'appliquer la loi dans cette région requiert une telle identification.
FRAIS DE GARDERIE	5 000 \$/an	Versement d'une prestation annuelle pouvant atteindre 5 % du Capital assuré jusqu'à concurrence du maximum pour les frais de garde de chaque enfant à charge de moins de 13 ans qui est inscrit ou qui s'inscrit dans les 90 jours à une garderie si vous ou votre Conjoint assuré êtes victime d'un décès accidentel couvert. La prestation est payable jusqu'à concurrence de quatre années consécutives.
ÉTUDES D'UN ENFANT À CHARGÉE	5 000 \$/année d'études	Versement d'une prestation annuelle pouvant atteindre 5 % du capital assuré jusqu'à concurrence du maximum pour les frais de scolarité de chaque enfant à charge inscrit à temps plein à un programme d'études postsecondaires si vous ou votre Conjoint assuré décédez accidentellement d'un accident couvert. La prestation est payable jusqu'à concurrence de quatre années consécutives.
ÉTUDES DU CONJOINT (EMPLOYÉ ASSURÉ SEULEMENT)	15 000 \$	Versement d'une prestation jusqu'à concurrence du maximum des frais engagés par votre conjoint pour s'inscrire à un programme de formation professionnelle ou à un programme de formation technique dans le but d'obtenir une source de revenus indépendante, si vous subissez un décès accidentel couvert et que ces frais sont engagés dans les 36 mois suivants votre décès.
FRAIS FUNÉRAIRES	5 000 \$	Versement d'une prestation jusqu'à concurrence du maximum pour rembourser les frais funéraires si vous ou une personne à charge éligible assurée subissez un décès accidentel couvert.
PERSONNES EN DEUIL	1 000 \$	Versement jusqu'à concurrence du Maximum si vous ou une personne à charge éligible assurée perdez la vie dans un accident couvert et que vous ou les personnes à votre charge qui sont admissibles ont besoin de thérapie dans l'année qui suit le décès.
CEINTURES DE SÉCURITÉ ET SACS GONFLABLES	50 000 \$	Versement d'une prestation correspondant à 10 % du Capital assuré jusqu'à concurrence du Maximum si vous ou une personne à charge éligible assurée subissez un décès accidentel couvert alors que vous conduisez ou si vous êtes à bord d'une Voiture de tourisme à titre de passager, la Ceinture de sécurité a été attachée correctement. Si la prestation pour Ceinture de sécurité est payable et que vous ou une personne à charge éligible assurée étiez assis dans un siège protégé par un système de retenue supplémentaire en bon état de fonctionnement qui s'est gonflé à l'impact, une prestation supplémentaire de 10 % du Capital assuré sera versée. La prestation pour Ceinture de sécurité et de sac gonflable est payable jusqu'à concurrence du maximum combiné.



Assurance collective volontaire en cas de décès ou de mutilation par accident
Pour : Guillevin International Co
Numéro de police : VOL 9427606

Garanties	Maximum	Description de la garantie
CONDITION PHYSIQUE EN CAS D'INVALIDITÉ	NON	Versement d'une indemnité jusqu'à concurrence du maximum si vous ou une personne à charge éligible assurée souffrez d'une Blessure pour laquelle vous recevez une indemnité en vertu de la police et que vous avez besoin d'un entraînement physique ou d'un équipement sportif spécialement conçu pour les personnes handicapées, ce qui n'aurait pas été nécessaire sans une telle blessure. Seuls les frais engagés au cours des deux premières années suivant la date de la blessure sont admissibles. Une seule prestation, la plus élevée, est payable en vertu des polices émises par la Compagnie et ne doit pas faire concurrence avec les prestations payables en vertu de toute autre assurance.
ALLOCATION PARENTALE	NON	Versement d'une prestation supplémentaire correspondant à 10 % du Capital assuré jusqu'à concurrence du maximum pour tout parent à charge, si vous ou votre Conjoint assuré êtes victime d'un décès accidentel couvert. L'indemnité est payable si, au moment de l'accident, le parent à charge se trouve dans un établissement de soins infirmiers agréé, qu'il est inscrit à un programme de soins à domicile, vit avec vous ou reçoit un soutien financier et des soins de votre part ou de la part de votre Conjoint assuré. Une seule prestation de garde parentale sera versée, quel que soit le nombre de parents à charge admissibles.
VOL DE VOITURE	NON	Versement d'une prestation supplémentaire correspondant à 10 % du capital assuré jusqu'à concurrence du maximum si vous ou une personne à charge éligible assurée subissez une blessure accidentelle couverte et que la blessure à l'origine de la perte résulte d'un détournement de voiture pendant que vous ou une personne à charge éligible assurée conduisiez une automobile de tourisme, y montiez ou en descendiez.
AUGMENTATION DE L'ASSURANCE POUR ENFANT	NON	Sauf pour la perte de la vie, toutes les pertes payables dans le cadre du Tableau des pertes sont doublées par rapport à une personne assurée qui est un enfant à charge.
INVALIDITÉ PERMANENTE ET TOTALE (EMPLOYÉ ASSURÉ SEULEMENT)	NON	Paye le Capital assuré moins tous les montants en vertu du Tableau des pertes qui ont été payés ou qui sont payables pour la même perte, si vous souffrez d'une blessure entraînant une invalidité permanente et totale.
ASSAUT CRIMINEL (EMPLOYÉ ASSURÉ SEULEMENT)	NON	Versement d'une prestation supplémentaire de 10 % du Capital assuré si vous subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu de la police à la suite d'un acte criminel délibéré d'une autre personne à votre endroit à titre d'employé du titulaire de la police, à moins que cet acte ait été commis par un collègue ou un membre de votre famille ou de la maison.
DÉFIGURATION COSMÉTIQUE	NON	Paye un pourcentage du capital assuré jusqu'à concurrence du maximum si vous ou une personne à charge éligible assurée souffrez d'une brûlure au troisième degré causée par l'exposition au feu, à la chaleur, à une substance corrosive, à l'électricité ou au rayonnement. Veuillez consulter la police pour plus de détails, y compris le pourcentage payable.
PRESTATIONS POUR COMA	NON	Versement d'une prestation mensuelle correspondant à 1 % de la différence entre le Capital assuré et tout autre montant payable en vertu de la police relativement à la Blessure pour une période maximale de 100 mois, si vous ou une personne à charge éligible assurée subissez une blessure pour laquelle vous recevez une prestation en vertu de la police et que dans les 90 jours suivant la date de l'accident couvert, le coma d'invalidité dure au moins 6 mois consécutifs et est ensuite considéré comme permanent par un Médecin.



Assurance collective volontaire en cas de décès ou de mutilation par accident
Pour : Guillevin International Co
Numéro de police : VOL 9427606

Garanties	Maximum	Description de la garantie
MALADIE GRAVE (EMPLOYÉ ASSURÉ SEULEMENT)	NON	Versement d'une prestation supplémentaire correspondant à 10 % du capital assuré, jusqu'à concurrence du maximum, si vous recevez un diagnostic de maladie grave couverte suivante : 1) Insuffisance d'organes majeurs sur une liste d'attente 2) Transplantation d'organes majeurs 3) Maladie neuromotrice 4) Sclérose en plaques 5) Fasciite nécrosante 6) Maladie de Parkinson Veuillez consulter la police pour connaître les exigences particulières au niveau du diagnostic. Vous devez survivre au moins 30 jours après le diagnostic et avoir moins de 65 ans au moment du diagnostic. Il s'agit d'une prestation unique, même si vous recevez un diagnostic de plus d'une maladie grave couverte. Veuillez consulter la police pour connaître les exclusions supplémentaires applicables à cette garantie.

Exclusions

La police ne couvre aucune perte causée ou entraînée en tout ou en partie par ce qui suit :

- (a) le suicide commis ou toute tentative de suicide commise par vous ou une personne à charge éligible assurée, si vous êtes sain d'esprit ;
- (b) des Blessures que vous ou une personne à charge éligible assurée vous infligez intentionnellement ou toute tentative en ce sens, que vous soyez sain d'esprit ou non ;
- (c) la guerre, déclarée ou non, ou tout acte de guerre ;
- (d) une maladie, une affection ou une infirmité corporelle, directement ou indirectement, à l'origine de la perte ou de la demande de règlement ;
- (e) une incapacité mentale, directement ou indirectement, à l'origine de la perte ou de la demande de règlement ;
- (f) une blessure subie pendant que vous ou une personne à charge éligible assurée recevez un traitement médical ou chirurgical pour soigner une maladie, une affection ou une infirmité corporelle ou mentale ;
- (g) un accident ou un événement vasculaire cérébral, un accident ou un événement cardiovasculaire, un infarctus du myocarde ou une crise cardiaque, une thrombose coronaire, un anévrisme ;
- (h) un voyage ou un vol à bord (y compris à l'embarquement ou au débarquement et en y montant ou en en descendant) de tout Aéronef, si vous ou une personne à charge éligible assurée :
 - i. êtes passagers dans un aéronef non destiné au transport de passagers ou ne détenant pas de permis à cet effet ; ou
 - ii. exécutez, apprenez à exécuter ou enseignez à exécuter des manœuvres en tant que pilote ou membre de l'équipage de tout aéronef ; ou
 - iii. êtes passager d'un aéronef qui appartient au Titulaire de police, qui est loué ou affrété par ce dernier.
- (i) les voyages ou les vols à bord de tout Aéronef ou embarcation conçus pour voler ou planer au-dessus de la surface de la Terre (y compris l'embarquement ou le débarquement, de monter à bord ou d'en descendre) :
 - i. sauf à titre de passager d'un transporteur aérien commercial régulier ; ou
 - ii. utilisés pour l'épandage, la pulvérisation ou l'ensemencement de cultures, la lutte contre l'incendie, la patrouille routière, l'ambulance aérienne, l'inspection de pipelines ou de lignes électriques, la photographie ou l'exploration aérienne, les courses, les essais d'endurance, les cascades ou les acrobaties aériennes ; et
 - iii. à destination ou en provenance de sites d'atterrissage en mer ; ou



Assurance collective volontaire en cas de décès ou de mutilation par accident

Pour : Guillevin International Co

Numéro de police : VOL 9427606

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

Processus de réclamation

Désignation de bénéficiaire

Vous avez l'option de désigner un bénéficiaire, si vous choisissez de ne pas le faire, en cas de perte accidentelle de votre vie, la prestation sera versée au bénéficiaire que vous avez désigné par écrit en vertu de la police d'assurance-vie collective actuelle de votre Employeur. S'il n'y a pas de désignation écrite, la prestation sera versée à votre succession. La prestation pour la perte de la vie d'une personne à charge éligible assurée vous sera versée.

Toutes les autres prestations vous seront versées.

Comment faire une demande

En cas de réclamation, les formulaires peuvent être obtenus auprès de votre Employeur.

Un avis écrit de réclamation à la Compagnie doit être donné au plus tard 30 jours après la date de l'accident. Dans les 90 jours suivant la date de l'accident, une preuve de sinistre doit être soumise à la Compagnie. La preuve peut comprendre un certificat d'un médecin légalement qualifié attestant de la cause et de la nature de l'accident ou de la blessure qui en est la cause et de la durée de la blessure ou du sinistre.

Le défaut de donner une preuve d'avis de réclamation ou de fournir une preuve de réclamation dans les délais prescrits ci-dessus n'invalidera pas la demande si l'avis ou la preuve est donné ou fourni dès qu'il est raisonnablement possible de le faire et en aucun cas plus d'un an après la date de l'accident ou de la blessure, et s'il est démontré qu'il était raisonnablement impossible de donner avis ou de fournir une preuve dans le délai prescrit.



Assurance collective volontaire en cas de décès ou de mutilation par accident
Pour : Guillevin International Co
Numéro de police : VOL 9427606

Notes importantes

La présente brochure, telle qu'elle puisse être modifiée, ne fournit qu'un résumé des dispositions relatives à la protection collective volontaire en cas de décès ou de mutilation par accident . Les détails complets de la couverture sont contenus dans la police, y compris l'admissibilité, les limitations, les exclusions et les dispositions de résiliation. En cas de divergence entre la présente brochure et la police, ce sont les conditions de la police qui prévalent.

La brochure est fournie à titre informatif seulement et ne crée ni ne confère de droit ou d'obligation contractuelle. La possession de cette brochure ne signifie pas à elle seule que vous ou les personnes à votre charge êtes couverts. La police doit être en vigueur et vous devez satisfaire à toutes les exigences.

Toute action ou procédure intentée contre un assureur pour le recouvrement de sommes d'assurance payables en vertu du contrat est absolument interdite, à moins qu'elle ne soit intentée dans les délais prévus par la *Loi sur les assurances* (pour les actions ou procédures régies par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), la *Loi sur les assurances* (pour les actions ou procédures régies par les lois du Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour les actions ou procédures régies par les lois de l'Ontario), la *Loi sur les prescription des actions* (pour les actions ou procédures régies par les lois de la Saskatchewan) ou les autres lois applicables. Pour les actions ou procédures régies par les lois du Québec, le délai de prescription est fixé par le *Code civil du Québec*.

L'assurance est souscrite par la Compagnie d'assurance AIG du Canada.