



Votre régime
d'assurance
collective



SOCIÉTÉ DES CASINOS DU QUÉBEC

Police n° Q800
Employés syndiqués



Conjuguer avoirs et êtres

Vie, santé, retraite

Votre régime d'assurance collective



SOCIÉTÉ DES CASINOS DU QUÉBEC

Police n° Q800 Employés syndiqués

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de votre police d'assurance collective qui a pris effet le 1^{er} janvier 2009. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

Cette version électronique de la brochure a été mise à jour le 1^{er} janvier 2012. Veuillez prendre note que cette version électronique est mise à jour plus régulièrement que la version imprimée de votre brochure. Des divergences peuvent donc apparaître entre les deux documents.

TABLE DES MATIÈRES

CATÉGORIES	1
TABLEAU DES GARANTIES	2
DÉFINITIONS	22
ADMISSIBILITÉ	26
PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE ET EXONÉRATION DES PRIMES	28
CESSATION DE L'ASSURANCE	33
DEMANDES DE PRESTATIONS	35
ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT	38
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT	43
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE DE L'ADHÉRENT	45
ASSURANCE MALADIES REDOUTÉES FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT	48
ASSURANCE MALADIES REDOUTÉES FACULTATIVE DU CONJOINT DE L'ADHÉRENT	56
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT	64
ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE	72
ASSURANCE FRAIS DENTAIRE	92
COMPTE DE DÉPENSES DE FRAIS DE SANTÉ (CDFS)	103

CATÉGORIES

<u>Catégorie</u>	<u>Description de la catégorie</u>
311	Employés syndiqués Maladie option 1 et Dentaire option 1
312	Employés syndiqués Maladie option 1 et Dentaire option 2
313	Employés syndiqués Maladie option 1 et Dentaire option 3
321	Employés syndiqués Maladie option 2 et Dentaire option 1
322	Employés syndiqués Maladie option 2 et Dentaire option 2
323	Employés syndiqués Maladie option 2 et Dentaire option 3
331	Employés syndiqués Maladie option 3 et Dentaire option 1
332	Employés syndiqués Maladie option 3 et Dentaire option 2
333	Employés syndiqués Maladie option 3 et Dentaire option 3

TABLEAU DES GARANTIES

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Adhésion : Obligatoire

Conditions d'admissibilité

**Nombre d'heures
travaillées par semaine :** Un minimum égal à plus de 25 % du
nombre d'heures prévu au titre d'emploi de
l'employé.

Délai d'admissibilité : Employé à temps plein : la date à laquelle
l'employé compte 1 mois de service continu
pour l'employeur.

Employé à temps partiel : la date à laquelle
l'employé compte 3 mois de service continu
pour l'employeur.

Vacances payées : 3 mois

**Grève, lock-out ou cas
de force majeure :** 6 mois

Exonération des primes

**Garanties d'assurance
faisant l'objet de
l'exonération des primes
en cas d'invalidité
totale :**

- Assurance vie de base de l'adhérent;
- assurance vie facultative de l'adhérent;
- assurance vie facultative des
personnes à charge;
- assurance maladies redoutées
facultative de l'adhérent;
- assurance maladies redoutées
facultative du conjoint de l'adhérent;
- assurance salaire de longue durée de
l'adhérent;
- assurance frais dentaires.

Début de l'exonération : À compter de la première période de paie
qui suit 26 semaines d'invalidité totale.

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

Montant de l'assurance : * 1 fois le revenu annuel, arrondi au prochain multiple de 1 000 \$, s'il n'en est pas déjà un, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 000 000 \$.

*** Réduction du montant :** Au 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent, le montant d'assurance sera réduit de 50 %.

Fin de la garantie :

Âge limite : Le 70^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite définitive, selon la première éventualité.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT

Montant de l'assurance : Tout montant d'assurance par tranches de 10 000 \$ jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 000 000 \$.

Maximum sans preuve d'assurabilité : 50 000 \$ à l'adhésion initiale.

Fin de la garantie :

Âge limite : Le 70^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite définitive, selon la première éventualité.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE

Montant de l'assurance :

Conjoint :

Tout montant d'assurance par tranches de 10 000 \$, jusqu'à concurrence d'un maximum de 500 000 \$.

Chaque enfant :

Tout montant d'assurance par tranches de 5 000 \$, jusqu'à concurrence d'un maximum de 50 000 \$.

Maximum sans preuve d'assurabilité :

Conjoint : 10 000 \$ à l'adhésion initiale.

Chaque enfant : 5 000 \$ à l'adhésion initiale.

Fin de la garantie :

Âge limite :

Assurance du conjoint : le 70^e anniversaire de naissance du conjoint, ou à la date de la retraite définitive de l'adhérent, selon la première éventualité.

Assurance de chaque enfant : le 70^e anniversaire de naissance de l'adhérent, ou à la date de la retraite définitive de l'adhérent, selon la première éventualité.

ASSURANCE MALADIES REDOUTÉES FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT

Montant de l'assurance : Tout montant d'assurance par tranches de 10 000 \$ avec un minimum de 20 000 \$ et un maximum de 500 000 \$.

Maximum sans preuve d'assurabilité : 50 000 \$ à l'adhésion initiale.

Fin de la garantie

Âge limite : Le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite, selon la première éventualité.

ASSURANCE MALADIES REDOUTÉES FACULTATIVE DU CONJOINT DE L'ADHÉRENT

Montant de l'assurance : Tout montant d'assurance par tranches de 10 000 \$ avec un minimum de 20 000 \$ et un maximum de 500 000 \$.

Maximum sans preuve d'assurabilité : 20 000 \$ à l'adhésion initiale.

Fin de la garantie

Âge limite : Le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite, selon la première éventualité.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT

Pourcentage et maximum des prestations :

70 % du revenu mensuel brut arrondi au prochain multiple de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un, jusqu'à concurrence de 7 000 \$ de revenu net par mois.

Maximum sans preuves d'assurabilité :

7 000 \$ de revenu net par mois

Délai de carence :

26 semaines

Cessation de l'admissibilité :

L'âge de 64 ans et 6 mois

Durée maximale des prestations :

Jusqu'à l'âge de 65 ans

Rajustement selon l'indice des prix à la consommation :

Jusqu'à concurrence de 3 %. Première augmentation le 1^{er} janvier qui suit 2 ans de versement de prestations d'invalidité de longue durée, puis le 1^{er} janvier de chaque année par la suite.

Imposition des prestations :

Non imposables

Cessation du versement des prestations

Âge limite :

Le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite définitive, selon la première éventualité.

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE - OPTION 1

Montant de la franchise

Médicaments :	6 \$ par prescription
Tous les autres frais :	Aucune
Carte de paiement pour les médicaments :	Carte de paiement direct

Pourcentage de remboursement

Médicaments :	Médicaments de marque : 70 % Médicaments génériques : 100 %
Frais d'hospitalisation :	100 %
Assurance voyage :	100 %
Pour tous les autres frais :	70 %

Limite des frais admissibles

Frais d'hospitalisation de courte durée

- **dans la province de résidence :** Le coût d'une chambre à deux lits (semi-privée) pour chaque jour d'hospitalisation, sans limite quant au nombre de jours.
- **dans la région d'Ottawa :** Le coût d'une chambre à deux lits (semi-privée) dans la province de Québec, pour chaque jour d'hospitalisation, sans limite quant au nombre de jours.

**Frais d'hospitalisation
de longue durée :**

- **Maison de
convalescence ou de
réadaptation :**

Montant payable de 20 \$ par jour jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 45 jours par année civile par personne assurée.

Assurance voyage :

Jusqu'à concurrence d'un maximum viager payable de 5 000 000 \$ par personne assurée.

Soins infirmiers :

Montant payable de 5 000 \$ par année civile par personne assurée.

Services paramédicaux :

Montant payable de 300 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble des spécialistes indiqués ci-après :

- acupuncteur
- audiologiste ou thérapeute de l'ouïe
- chiropraticien (incluant les radiographies limitées à un montant payable de 35 \$ par année civile par personne assurée)
- massothérapeute (sur recommandation médicale)
- naturopathe
- orthophoniste ou thérapeute de la parole
- ostéopathe
- podiatre ou podologue

**Services paramédicaux :
(suite)**

Montant payable de 300 \$* par année civile par personne assurée pour l'ensemble des spécialistes et frais indiqués ci-après :

- physiothérapeute, physiatre, thérapeute en réadaptation physique ou thérapeute du sport

* le montant maximal est illimité lorsque les services de ces spécialistes sont requis suite à une chirurgie ou un accident.

Montant payable de 300 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble des spécialistes indiqués ci-après :

- psychologue, travailleur social ou conseiller en orientation

**Chaussures
orthopédiques :**

Frais non couverts

**Orthèses podiatriques
ou supports plantaires :**

Frais non couverts

Prothèses auditives :

Frais non couverts

Services diagnostiques :

Frais non couverts

Soins de la vue :

Frais non couverts

Fin de la garantie

Âge limite :

La date de la retraite définitive.

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE - OPTION 2

Montant de la franchise

Médicaments :	3 \$ par prescription
Tous les autres frais :	Aucune
Carte de paiement pour les médicaments :	Carte de paiement direct

Pourcentage de remboursement

Médicaments :	Médicaments de marque : 80 % Médicaments génériques : 100 %
Frais d'hospitalisation :	100 %
Assurance voyage :	100 %
Pour tous les autres frais :	80 %

Limite des frais admissibles

Frais d'hospitalisation de courte durée

- **dans la province de résidence :** Le coût d'une chambre à deux lits (semi-privée) pour chaque jour d'hospitalisation, sans limite quant au nombre de jours.
- **dans la région d'Ottawa :** Le coût d'une chambre à deux lits (semi-privée) dans la province de Québec, pour chaque jour d'hospitalisation, sans limite quant au nombre de jours.

**Frais d'hospitalisation
de longue durée :**

- **Maison de
convalescence ou de
réadaptation :**

Montant payable de 20 \$ par jour jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 45 jours par année civile par personne assurée.

Assurance voyage :

Jusqu'à concurrence d'un maximum viager payable de 5 000 000 \$ par personne assurée.

Soins infirmiers :

Montant payable de 10 000 \$ par année civile par personne assurée.

Services paramédicaux :

Montant payable de 500 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble des spécialistes indiqués ci-après :

- acupuncteur
- audiologiste ou thérapeute de l'ouïe
- chiropraticien (incluant les radiographies limitées à un montant payable de 35 \$ par année civile par personne assurée)
- massothérapeute (sur recommandation médicale)
- naturopathe
- orthophoniste ou thérapeute de la parole
- ostéopathe
- podiatre ou podologue

**Services paramédicaux :
(suite)**

Montant payable de 500 \$* par année civile par personne assurée pour l'ensemble des spécialistes et frais indiqués ci-après :

- physiothérapeute, physiatre, thérapeute en réadaptation physique ou thérapeute du sport

* le montant maximal est illimité lorsque les services de ces spécialistes sont requis suite à une chirurgie ou un accident.

Montant payable de 500 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble des spécialistes indiqués ci-après :

- psychologue, travailleur social ou conseiller en orientation

**Chaussures
orthopédiques :**

2 paires, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 100 \$ par année civile par personne assurée.

**Orthèses podiatriques
ou supports plantaires :**

Montant payable de 300 \$ par personne assurée pour toute période de 36 mois consécutifs.

Prothèses auditives :

Achat initial seulement

Services diagnostiques

- techniques
d'imagerie :

Montant payable de 50 \$ par année civile, par personne assurée.

- analyses de
laboratoire :

Montant payable de 100 \$ par année civile, par personne assurée.

Soins de la vue :

Montant payable de 200 \$ par personne assurée par période de 24 mois consécutifs pour l'ensemble des soins visuels.

Fin de la garantie

Âge limite :

La date de la retraite définitive.

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE - OPTION 3

Montant de la franchise

Tous les frais : Aucune

Carte de paiement pour les médicaments : Carte de paiement direct

Pourcentage de remboursement

Médicaments : Médicaments de marque : 90 %
Médicaments génériques : 100 %

Frais d'hospitalisation : 100 %

Assurance voyage : 100 %

Soins de la vue : 100 %

Pour tous les autres frais : 90 %

Limite des frais admissibles

Frais d'hospitalisation de courte durée

- dans la province de résidence :

Le coût d'une chambre à deux lits (semi-privée) pour chaque jour d'hospitalisation, sans limite quant au nombre de jours.

- dans la région d'Ottawa :

Le coût d'une chambre à deux lits (semi-privée) dans la province de Québec, pour chaque jour d'hospitalisation, sans limite quant au nombre de jours.

**Frais d'hospitalisation
de longue durée dans la
province de résidence :**

- **Maison de
convalescence ou de
réadaptation :**

Montant payable de 20 \$ par jour jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 45 jours par année civile par personne assurée.

Assurance voyage :

Jusqu'à concurrence d'un maximum viager payable de 5 000 000 \$ par personne assurée.

Soins infirmiers :

Montant payable de 15 000 \$ par année civile par personne assurée.

Services paramédicaux :

Montant payable de 700 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble des spécialistes indiqués ci-après :

- acupuncteur
- audiologiste ou thérapeute de l'ouïe
- chiropraticien (incluant les radiographies limitées à un montant payable de 35 \$ par année civile par personne assurée)
- massothérapeute (sur recommandation médicale)
- naturopathe
- orthophoniste ou thérapeute de la parole
- ostéopathe
- podiatre ou podologue

**Services paramédicaux :
(suite)**

Montant payable de 700 \$* par année civile par personne assurée pour l'ensemble des spécialistes et frais indiqués ci-après :

- physiothérapeute, physiatre, thérapeute en réadaptation physique ou thérapeute du sport

* le montant maximal est illimité lorsque les services de ces spécialistes sont requis suite à une chirurgie ou un accident.

Montant payable de 700 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble des spécialistes indiqués ci-après :

- psychologue, travailleur social ou conseiller en orientation

**Chaussures
orthopédiques :**

2 paires, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 200 \$ par année civile par personne assurée.

**Orthèses podiatriques
ou supports plantaires :**

Montant payable de 500 \$ par personne assurée pour toute période de 36 mois consécutifs.

Prothèses auditives :

Achat initial : illimité.

Achats subséquents : montant payable de 500 \$ par personne assurée pour toute période de 60 mois consécutifs.

Services diagnostiques

- techniques d'imagerie :

Montant payable de 50 \$ par année civile, par personne assurée.

- analyses de laboratoire :

Montant payable de 300 \$ par année civile, par personne assurée.

Soins de la vue :

Montant payable de 300 \$ par personne assurée par période de 24 mois consécutifs pour l'ensemble des soins visuels.

Fin de la garantie

Âge limite :

La date de la retraite définitive.

ASSURANCE FRAIS DENTAIRES - OPTION 1

**Année du guide des
tarifs dentaires :**

Année courante

Montant de la franchise :

25 \$ par protection individuelle ou 50 \$ par protection familiale par année civile.

**Pourcentage de
remboursement**

Soins de prévention :

100 %

**Soins de base,
d'endodontie et
de parodontie :**

70 %

**Montant maximum
payable**

**Soins de prévention, de
base, d'endodontie et de
parodontie :**

1 000 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble des soins.

**Soins de restauration
majeure :**

Frais non couverts

Soins orthodontiques :

Frais non couverts

Fréquence :

Pour examens de rappel, polissage, détartrage et application de fluorure : tous les 9 mois.

Carte de paiement :

Oui

Fin de la garantie

Âge limite :

Le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite définitive, selon la première éventualité.

ASSURANCE FRAIS DENTAIRES - OPTION 2

Année du guide des tarifs dentaires : Année courante

Montant de la franchise : Aucune

Pourcentage de remboursement

Soins de prévention : 100 %

Soins de base, d'endodontie et de parodontie : 80 %

Soins de restauration majeure : 50 %

Soins orthodontiques : 50 %

Frais admissibles seulement dans le cas des enfants de moins de 18 ans.

Montant maximum payable

Soins de prévention, de base, d'endodontie, de parodontie et de restauration majeure : 1 500 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble des soins.

Soins orthodontiques : Maximum viager de 1 000 \$ par personne assurée.

Fréquence : Pour examens de rappel, polissage, détartrage et application de fluorure : tous les 9 mois.

Carte de paiement : Oui

Fin de la garantie

Âge limite : Le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite définitive, selon la première éventualité.

ASSURANCE FRAIS DENTAIRES - OPTION 3

Année du guide des tarifs dentaires : Année courante

Montant de la franchise : Aucune

Pourcentage de remboursement

Soins de prévention : 100 %

Soins de base, d'endodontie et de parodontie : 90 %

Soins de restauration majeure : 60 %

Soins orthodontiques : 60 %

Frais admissibles pour les adultes et les enfants.

Montant maximum payable

Soins de prévention, de base, d'endodontie, de parodontie et de restauration majeure : 2 500 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble des soins.

Soins orthodontiques : Maximum viager de 2 000 \$ par personne assurée.

Fréquence : Pour examens de rappel, polissage, détartrage et application de fluorure : tous les 6 mois.

Carte de paiement : Oui

Fin de la garantie

Âge limite : Le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite définitive, selon la première éventualité.

COMPTE DE DÉPENSES DE FRAIS DE SANTÉ (CDFS)

Ce CDFS est autofinancé par SOCIÉTÉ DES CASINOS DU QUÉBEC pour ses employés et est administré par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Montant de crédit alloué : 310 \$ par employé, par année de régime CDFS.

*En ce qui concerne les employés engagés en cours d'année de régime CDFS, le montant sera proportionnel au nombre de mois couverts pour cette année de régime.

DÉFINITIONS

Dans le cadre du contrat :

Accident désigne toute atteinte corporelle constatée par un médecin et provenant directement et indépendamment de toute autre cause, de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure. Cette définition exclut toute forme de maladie ou de processus dégénératif, ou une hernie inguinale, fémorale, ombilicale ou abdominale, toute infection autre qu'une infection provenant d'une coupure ou d'une blessure apparente et externe, subie par accident.

Adhérent désigne tout employé qui est admissible à l'assurance et y a adhéré et dont l'assurance a pris effet.

Âge désigne l'âge atteint au dernier anniversaire de l'adhérent au moment où il est déclaré ou calculé, ou le jour où un événement prévu au contrat se produit.

Année de régime CDFS signifie la période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre de toute année civile.

Assureur désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

CDFS signifie le régime autofinancé offert par l'employeur et en vertu duquel certaines dépenses reliées aux soins de santé peuvent être remboursées à l'employé et à ses personnes à charge admissibles, tel qu'il est décrit dans le présent document.

Congé de maternité désigne toute période d'absence du travail en raison d'une grossesse au sens de toute loi sur les normes du travail qui est applicable dans la province de résidence de l'adhérent. Le congé de maternité se compose d'un congé volontaire et d'un congé dit « congé de maladie ». Ce congé de maladie débute le jour de l'accouchement et dure au moins 6 semaines (8 semaines dans le cas d'une césarienne). L'adhérent est considéré en congé de maternité pendant toute la période où il reçoit des prestations de maternité en vertu de toute loi fédérale ou provinciale. S'il s'absente du travail en raison d'une invalidité totale ayant débuté avant ou pendant une grossesse, il est considéré en congé de maternité en conformité avec toute loi fédérale ou provinciale à cet effet.

Congé parental désigne toute période d'absence du travail prise par l'adhérent pour s'occuper de son enfant nouveau-né ou adopté, au sens de toute loi provinciale ou fédérale sur les normes du travail ou d'une entente entre l'adhérent et l'employeur.

Congé pour raisons familiales désigne toute période d'absence du travail prise par l'adhérent au sens de toute loi provinciale ou fédérale ou d'une entente entre l'adhérent et l'employeur.

Conjoint désigne toute personne admissible qui réside au Canada et qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations :

- 1) est légalement mariée ou unie civilement à un adhérent;
- 2) vit conjugalement avec l'adhérent depuis au moins 12 mois et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union;
- 3) vit conjugalement avec l'adhérent, a eu un enfant avec lui et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union.

En présence de deux conjoints, un seul sera reconnu par l'assureur pour toutes les garanties d'un même régime. La priorité sera accordée dans l'ordre suivant :

- 1) le conjoint admissible qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'adhérent à l'assureur, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu du contrat;
- 2) le conjoint à qui l'adhérent est uni légalement par les liens du mariage ou civilement.

En tout temps, une seule personne peut être couverte en tant que conjoint d'un employé.

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

Employé désigne la personne qui réside au Canada, qui est au service de l'employeur à temps plein ou à temps partiel à titre permanent et qui travaille le nombre d'heures indiqué au TABLEAU DES GARANTIES. Toutefois, si un employé est domicilié en dehors du Canada, cet employé peut être considéré comme étant domicilié au Canada à condition que l'assureur ait donné préalablement son approbation par écrit.

Employeur désigne toute société inscrite sur la proposition du preneur afférente au contrat ou indiquée au TABLEAU DES GARANTIES. Aux fins du calcul du service continu, employeur désigne également Loto-Québec.

Enfant à charge désigne l'enfant qui :

- 1) a moins de 18 ans et à l'égard duquel l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exerce une autorité parentale ou exerçait une autorité parentale (*a la tutelle légale ou avait la tutelle légale, pour un résident de l'Ontario*) jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de la majorité;

- 2) n'a pas de conjoint, a 25 ans ou moins (26 ans ou moins pour les garanties d'assurance accident-maladie et d'assurance frais dentaires), fréquente, ou est réputé fréquenter, à temps plein, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard duquel l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exercerait l'autorité parentale (*aurait la tutelle légale, pour un résident de l'Ontario*) s'il était mineur;
- 3) est majeur, sans conjoint et atteint d'une déficience fonctionnelle qui est survenue lorsque l'état de cette personne correspondait à l'une ou l'autre des définitions données dans les paragraphes 1) ou 2) ci-dessus. De plus, pour être considérée comme une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, la personne doit être domiciliée chez une personne qui, en plus d'être assurée à titre d'adhérent ou de conjoint d'un adhérent, exercerait l'autorité parentale (*aurait la tutelle légale, pour un résident de l'Ontario*) sur la personne déficiente si elle était mineure.

Il est entendu que la déficience fonctionnelle sera définie selon ce qui est prévu par le règlement d'application de toute loi provinciale, le cas échéant.

Famille immédiate désigne une personne qui est le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère, la sœur, le beau-fils, la belle-fille, le beau-père, la belle-mère, le beau-frère ou la belle-sœur de l'adhérent couvert en vertu du contrat.

Hôpital désigne tout hôpital ou centre hospitalier que la loi reconnaît comme tel, qui assure principalement la fonction de soigner les personnes malades ou blessées, qui est doté d'installations permettant l'établissement de diagnostics et la réalisation d'opérations chirurgicales majeures et qui dispense des soins infirmiers 24 heures sur 24. Les maisons de santé, les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les maisons de repos, les maisons de convalescence ou les établissements qui dispensent des soins aux alcooliques ou aux toxicomanes ne sont pas compris.

Loi de l'impôt sur le revenu signifie la loi fédérale de l'impôt sur le revenu et toutes les directives et bulletins d'interprétation de l'Agence du revenu du Canada (ARC).

Maladie désigne toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. Pour les besoins de la police, les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme des maladies.

Médecin désigne un médecin dûment qualifié, autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où il fournit les services médicaux.

Personne à charge désigne le conjoint ou un enfant à charge qui réside au Canada. Toutefois, si une personne à charge réside en dehors du Canada, cette dernière peut être considérée comme résidant au Canada à condition qu'elle soit couverte en vertu d'un régime provincial de soins médicaux et que l'assureur ait donné préalablement son autorisation par écrit.

Personne assurée désigne l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge assurées, le cas échéant.

Preneur désigne la société ou le groupe dont le nom est inscrit sur la proposition et figure sur la page frontispice du contrat.

Régime CDFS signifie le Compte de dépenses de frais de santé (CDFS) de SOCIÉTÉ DES CASINOS DU QUÉBEC INC.

Revenu désigne le taux de rémunération de base habituel de l'employé qui lui est versé par l'employeur. Ceci n'inclut pas les pourboires, sauf pour les employés désignés par l'employeur, les bonis, les heures supplémentaires et toute autre forme de rémunération non régulière.

Dans le cas où la garantie d'assurance salaire de courte durée est enregistrée aux fins de la réduction du taux de cotisation de l'assurance emploi, les primes, les heures supplémentaires ou toute rémunération supplémentaire reçues sur une base régulière font partie du revenu. La somme de ces montants doit être déclarée comme revenu à l'assureur par le preneur.

Le pourboire considéré au titre de la rémunération est celui déclaré aux fins d'impôt, déclaration prévue par la loi, et établi en fonction d'une moyenne calculée sur une base annuelle. Aux fins d'estimation de la valeur des pourboires de chacun des employés, l'employeur fait la moyenne des pourboires déclarés par celui-ci durant la période débutant le 1^{er} avril et se terminant le 31 mars de l'année précédente.

Pour les croupiers éligibles aux pourboires, la rémunération signifie celle garantie par l'employeur telle que définie aux contrats de travail.

Par ailleurs, les agents de sécurité, les agents de contrôle du Casino de Montréal ainsi que les croupiers du Casino de Charlevoix ont l'option de travailler une journée supplémentaire à chaque période de quatre semaines afin de compléter leur horaire précédent et cumuler ainsi l'équivalent de 80 heures par période de paie. Cette journée supplémentaire appelée « complément d'horaire » fait partie intégrante du revenu assurable.

Soins médicaux continus désigne la nature des soins que doit recevoir l'adhérent, lesquels doivent être reconnus comme efficaces, appropriés et essentiels pour l'établissement d'un diagnostic ou le traitement d'une personne en raison d'une maladie ou d'un accident. Ils doivent être raisonnables et de pratique courante, et être donnés ou prescrits par un médecin ou, lorsque l'assureur l'estime nécessaire, par un spécialiste du domaine approprié. Ces soins ne se limitent pas à des examens ou à des tests et leur fréquence doit correspondre à celle qu'exige l'affection en cause.

ADMISSIBILITÉ

ADMISSIBILITÉ DES EMPLOYÉS

Un employé devient admissible à l'assurance :

- 1) à la date de prise d'effet, s'il satisfait aux conditions d'admissibilité indiquées au TABLEAU DES GARANTIES;
- 2) après la date de prise d'effet, à compter de la date où il satisfait aux conditions d'admissibilité indiquées au TABLEAU DES GARANTIES.

Un employé dont l'assurance en vertu du contrat a pris fin par suite de cessation d'emploi et qui est réengagé par l'employeur dans les six mois suivant immédiatement la cessation de son assurance a droit de faire remettre son assurance en vigueur à compter de la date à laquelle il retourne au travail, pourvu que la demande de remise en vigueur soit faite à l'assureur dans les 60 jours suivant cette date d'admissibilité.

ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

L'adhérent ayant des personnes à charge à la date à laquelle il devient admissible à l'assurance en vertu du contrat est admissible à l'assurance des personnes à charge à cette même date.

L'adhérent sans personne à charge qui est assuré en vertu du contrat est admissible à l'assurance des personnes à charge à la date à laquelle il a une personne à sa charge.

L'adhérent peut choisir une protection distincte, individuelle, monoparentale ou familiale, pour chacune des garanties d'assurance accident-maladie et d'assurance frais dentaires.

DEMANDE D'ADHÉSION

Tout adhérent admissible à l'assurance doit remplir pour lui-même et ses personnes à charge, s'il y a lieu, une demande d'adhésion ou une demande d'exemption dans les 60 jours qui suivent la date à laquelle il y devient admissible.

La protection individuelle est accordée par défaut si la demande d'adhésion n'est pas remplie dans ce délai.

DROIT D'EXEMPTION

Un adhérent peut refuser d'être couvert en vertu de la garantie d'assurance accident-maladie ou d'assurance frais dentaires, si elles font partie du contrat, s'il est couvert à titre de personne à charge en vertu du contrat ou d'un autre régime d'assurance collective semblable. Toutefois, si l'on met fin à l'autre régime ou si le conjoint cesse de faire partie d'une catégorie admissible, l'adhérent peut, à compter de la date de cette cessation, être couvert en vertu de la garantie d'assurance à laquelle il avait auparavant choisi de ne pas participer, pourvu qu'une demande en ce sens soit faite par écrit dans les 60 jours suivant cette date d'admissibilité.

Si la demande est reçue plus de 60 jours après cette date d'admissibilité à l'assurance, les conditions suivantes s'appliquent :

- 1) la garantie d'assurance accident-maladie prendra effet à la date à laquelle l'adhérent signe la demande et aucune preuve d'assurabilité ne sera exigée;
- 2) la garantie d'assurance frais dentaires prendra effet à la date à laquelle l'adhérent signe la demande et les preuves d'assurabilité sont remplacées par une limitation des prestations, décrite dans la partie RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS de la garantie d'assurance frais dentaires.

PERSONNE ASSURÉE DE 65 ANS ET PLUS QUI RÉSIDE AU QUÉBEC

Toute personne de 65 ans et plus est assurée d'office par le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments en ce qui concerne les médicaments et autres produits apparaissant sur la liste de ce régime. Les personnes qui désirent maintenir en vigueur la couverture des médicaments prévue par le contrat après leur 65^e anniversaire de naissance doivent en faire la demande préalablement par écrit à l'assureur, qui déterminera alors le montant de la prime nécessaire pour les assurer. Toutefois, aucune personne à charge ne peut demeurer assurée pour les médicaments si l'adhérent ne le demeure pas lui-même.

Toute demande de maintien en vigueur de l'assurance ou toute demande d'exemption pour l'adhérent ou ses personnes à charge, s'il y a lieu, doit être présentée par écrit à l'assureur dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle la ou les personnes concernées deviennent admissibles au régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments.

PREUVES D'ASSURABILITÉ

On entend par preuves d'assurabilité toute attestation relative à l'état de santé physique de la personne ou à d'autres données de fait pouvant influencer sur l'acceptation du risque. Seules sont acceptées les attestations faites à l'aide de formulaires approuvés par l'assureur.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE ET EXONÉRATION DES PRIMES

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE DES ADHÉRENTS

L'assurance de tout employé prend effet à la dernière des dates suivantes, pourvu qu'il soit effectivement au travail à cette date :

- 1) la date de prise d'effet du contrat;
- 2) la date à laquelle il devient admissible à l'assurance, pourvu que l'assureur reçoive sa demande écrite, remplie selon les exigences de l'assureur, dans les 60 jours suivant la date d'admissibilité;
- 3) la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité de l'employé s'il reçoit la demande d'assurance de l'employé plus de 60 jours après la date d'admissibilité, sauf dans le cas de la garantie d'assurance accident-maladie, qui prend effet à la date à laquelle l'employé signe sa demande écrite, remplie selon les exigences de l'assureur;
- 4) la date de la paie qui suit la réception par Loto Québec des choix de l'employé, pour les garanties facultatives.

Si l'employé n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle son assurance prendrait normalement effet, son assurance débute le premier jour où il reprend effectivement le travail.

Si l'employé n'est pas effectivement au travail à cette date uniquement parce qu'il est en congé payé ou parce que c'est un jour férié, il est considéré comme étant effectivement au travail à cette date.

Si un adhérent demande un montant d'assurance qui excède le montant maximum que l'assureur accorde sans preuves d'assurabilité indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, ce montant d'assurance excédentaire prendra effet à la dernière des dates décrites ci-dessus ou à la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité de l'adhérent selon la dernière des éventualités.

Dans le cas de la garantie d'ASSURANCE FRAIS DENTAIREs, si elle fait partie du contrat, pour tout employé dont l'assurance entre en vigueur plus de 60 jours suivant sa date d'admissibilité à l'assurance, les preuves d'assurabilité sont remplacées par une limitation des prestations décrite dans l'article RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS de la garantie d'ASSURANCE FRAIS DENTAIREs.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

L'assurance des personnes à charge de l'adhérent prend effet à la dernière des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'assurance de l'adhérent prend effet en vertu du contrat;

- 2) la date à laquelle l'adhérent assuré en vertu du contrat devient admissible à l'assurance des personnes à charge, pourvu qu'une demande soit soumise par écrit dans les 60 jours suivant cette date d'admissibilité;
- 3) la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité des personnes à charge, si l'adhérent doit fournir des preuves d'assurabilité parce qu'il n'a pas soumis sa demande d'assurance dans les 60 jours suivant la date à laquelle il est devenu admissible à l'assurance, sauf dans le cas de la garantie d'assurance accident-maladie, qui prend effet à la date à laquelle l'employé signe sa demande écrite, remplie selon les exigences de l'assureur;
- 4) la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité des personnes à charge, si l'adhérent soumet une demande d'assurance des personnes à charge plus de 60 jours après être devenu admissible pour la première fois à l'assurance des personnes à charge, sauf dans le cas de la garantie d'assurance accident-maladie, qui prennent effet à la date à laquelle l'employé signe la demande écrite, remplie selon les exigences de l'assureur.

L'assurance de toute personne qui devient une personne à charge admissible d'un adhérent qui a souscrit l'assurance des personnes à charge prend effet à la date à laquelle elle devient une personne à charge conformément à la définition du contrat.

Si une personne à charge (autre qu'un nouveau-né) est hospitalisée à la date à laquelle son assurance prendrait normalement effet, son assurance ne prend effet que le premier jour suivant immédiatement sa sortie de l'hôpital. L'obligation pour une personne à charge de ne pas être hospitalisée ne s'applique toutefois pas à la garantie d'assurance accident-maladie.

CHOIX D'OPTIONS POUR LES GARANTIES D'ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE ET FRAIS DENTAIRES

Dans les 60 jours suivant la date à laquelle il devient admissible à l'assurance, l'adhérent peut choisir entre les options 1, 2 ou 3 des garanties d'assurance accident-maladie et assurance frais dentaires. Son choix déterminera alors sa catégorie d'employés tel que décrit à la section CATÉGORIES. Les détails de chaque option sont fournis dans le TABLEAU DES GARANTIES.

L'adhérent qui n'a pas choisi d'option pendant ce délai, bénéficiera automatiquement de l'option 2 pour chacune de ces garanties.

La couverture prend effet à la date à laquelle l'adhérent est admissible à l'assurance et demeure en vigueur jusqu'au 31 décembre de la même année s'il s'agit d'une année impaire ou, s'il s'agit d'une année paire, jusqu'au 31 décembre de l'année impaire suivante. Par la suite, chaque période de couverture s'étend du 1^{er} janvier d'une année paire au 31 décembre de l'année impaire suivante.

CHANGEMENTS D'OPTIONS ET DE TYPE DE PROTECTION

1) Changement d'options

Toute demande de changement d'options doit être faite par l'adhérent au cours de la période d'inscription prévue par l'employeur, à moins que le changement ne soit requis suite à un évènement de changement de vie. Dans ce cas, la demande de changement doit être faite dans les 60 jours qui suivent l'évènement.

Les changements d'options demandés par l'adhérent prennent effet le 1^{er} janvier qui suit la période d'inscription, ou, dans le cas d'un évènement de changement de vie, à la date de l'évènement. La couverture débute alors à cette date pour l'ensemble des garanties d'assurance accident-maladie et d'assurance frais dentaires.

Pour toute demande de changement faite plus de 60 jours après un évènement de changement de vie, l'option demeurera celle déjà en vigueur. Toutefois, la date de prise d'effet de la couverture des personnes à charge sera la suivante –

- a) Assurance accident-maladie : la date à laquelle la demande, remplie selon les exigences de l'assureur, est reçue par l'assureur;
- b) Assurance frais dentaires : la date à laquelle la demande, remplie selon les exigences de l'assureur, est reçue par l'assureur. Toutefois, les prestations seront limitées ainsi qu'il est indiqué à l'article RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS de la garantie d'ASSURANCE FRAIS DENTAIRE.

Un évènement de changement de vie est défini comme suit :

- a) Mariage*, nouveau conjoint de fait, séparation, divorce, décès du conjoint;
- b) Naissance ou adoption d'un enfant;
- c) Perte ou obtention de couverture du conjoint, pour une raison autre qu'un choix personnel;
- d) Plus d'enfants à charge suite à l'âge ou au décès.

* Ne s'applique pas dans le cas d'un conjoint assurable avant le mariage.

Si l'adhérent est totalement invalide à la date à laquelle il aurait droit de modifier son choix d'options en vertu des garanties d'assurance accident-maladie et frais dentaires, il demeure assuré pour les mêmes options que celles en vigueur immédiatement avant le début de l'invalidité totale, jusqu'à la date à laquelle il reprend effectivement le travail. À son retour au travail, toute demande de changement d'options doit être faite dans les 60 jours. Ce changement prend effet à la date à laquelle l'adhérent reprend effectivement le travail.

Toutefois, à la date à laquelle il devient admissible à l'assurance salaire de longue durée de l'adhérent, un adhérent totalement invalide peut modifier son choix d'option en vertu de la garantie d'assurance accident-maladie pour passer de l'option 3 à l'option 2, et le changement prend effet à cette date. La demande doit être faite dans les 60 jours qui suivent la date à laquelle l'adhérent devient admissible à l'assurance salaire de longue durée de l'adhérent.

Si l'adhérent n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle il aurait droit de modifier son choix d'options pour une raison autre qu'une invalidité totale, une grève, un lock-out ou un cas de force majeure, il peut modifier son choix d'options à cette date.

2) Changement de type de protection

Tout changement de type de protection peut être effectué suite à un événement de changement de vie.

EXONÉRATION DES PRIMES

- 1) Pour les garanties identifiées à cet égard au TABLEAU DES GARANTIES, et ce à compter du début d'exonération des primes qui y est indiqué, aucune prime n'est payable pour tout adhérent qui devient totalement invalide pendant qu'il est couvert en vertu du contrat mais avant d'atteindre l'âge de 65 ans, s'il présente à l'assureur une attestation satisfaisante de cette invalidité totale. Cette exonération se poursuit aussi longtemps que dure l'invalidité totale de l'adhérent. Aux fins du présent article, l'exonération prend fin à la plus hâtive des dates suivantes :
 - a) la date à laquelle l'adhérent est incapable ou refuse, dans un délai de trois mois suivant la date de la demande de l'assureur, de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de son invalidité totale;
 - b) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
 - c) pour la garantie d'assurance vie, la date à laquelle l'adhérent transforme son assurance en vertu de la disposition relative au DROIT DE TRANSFORMATION;
 - d) la date à laquelle l'adhérent atteint 65 ans ou la date de sa retraite définitive, si antérieure;
 - e) pour les garanties identifiées dans la partie EXONÉRATION DES PRIMES au TABLEAU DES GARANTIES, la date de la fin de chacune des garanties ou la date de résiliation du contrat en plus des dates susmentionnées, sauf pour les garanties d'assurance vie de base de l'adhérent, d'assurance vie facultative de l'adhérent, d'assurance vie facultative des personnes à charge et d'assurance salaire de longue durée.
- 2) L'exonération des primes ne s'applique pas lorsqu'un employé est en affectation temporaire et reçoit 100 % de son revenu.

- 3) Les dispositions du contrat qui ont trait à toute augmentation des montants d'assurance cessent de produire leurs effets pendant l'invalidité totale.
- 4) Si une récurrence d'invalidité survient dans les 90 jours suivant la fin d'une période antérieure d'invalidité totale qui a donné lieu à une exonération des primes en vertu du contrat, cette récurrence est considérée comme étant une prolongation de la période antérieure si elle est due aux mêmes causes ou à des causes connexes.
- 5) Dans le cas de la garantie d'assurance vie, si un adhérent totalement invalide décède plus de 31 jours après la date de cessation de son assurance et avant d'avoir atteint l'âge de 65 ans et que l'assureur n'a reçu aucun avis écrit ni aucune attestation d'invalidité totale pour cet adhérent, le montant d'assurance vie indiqué au TABLEAU DES GARANTIES en vigueur lors de la cessation de son assurance est payable, pourvu que :
 - a) l'invalidité totale de l'adhérent soit survenue pendant qu'il était couvert en vertu du contrat;
 - b) l'invalidité totale de l'adhérent ait été ininterrompue à compter de la date du début de son invalidité totale jusqu'à celle de son décès;
 - c) le décès de l'adhérent survienne dans les 12 mois suivant la date du début de son invalidité totale;
 - d) l'adhérent n'ait pas transformé une partie ou la totalité de son assurance en vertu de la disposition relative au DROIT DE TRANSFORMATION au moment où son assurance a pris fin et que
 - e) l'assureur reçoive une attestation satisfaisante d'invalidité totale et une attestation du décès de l'adhérent dans les 90 jours suivant la date du décès.
- 6) Afin d'être exonéré du paiement de ses primes en vertu de la disposition relative à l'EXONÉRATION DES PRIMES, l'adhérent doit fournir un avis écrit attestant de son invalidité totale. L'assureur doit recevoir cet avis dans les 12 mois suivant la date à laquelle l'adhérent devient totalement invalide ainsi qu'une attestation d'invalidité totale satisfaisante dans les 90 jours suivant la date de réception de l'avis écrit.

Dans le cas d'une récurrence d'invalidité totale, l'assureur doit recevoir un avis écrit et une attestation d'invalidité dans les 12 mois suivant la date du début de cette récurrence.

CESSATION DE L'ASSURANCE

CESSATION DE L'ASSURANCE DES ADHÉRENTS

Sous réserve de toute disposition contraire stipulée expressément ailleurs dans le contrat, l'assurance de l'adhérent prend fin au premier des événements à survenir parmi les suivants :

- 1) la date à laquelle il n'est plus considéré être un employé conformément à la définition en vertu du contrat;
- 2) la date à laquelle il cesse de faire partie d'une catégorie d'employés admissibles à l'assurance;
- 3) la date à laquelle il atteint l'âge limite indiqué au TABLEAU DES GARANTIES;
- 4) la fin de la période pendant laquelle les primes requises ont été versées en son nom;
- 5) la date de la retraite définitive;
- 6) la date à laquelle il cesse d'être effectivement au travail;
- 7) la date de résiliation du contrat;
- 8) pour un employé invalide qui a un lien d'emploi ancien avec l'employeur,
 - a) la date à laquelle il n'est plus totalement invalide;
 - b) la date à laquelle il devient admissible à un autre régime privé d'assurance collective ou
 - c) la date de résiliation du contrat.

Toutefois, lorsqu'un employé quitte la Société des Casinos du Québec inc. ou Resto-Casino inc. pour travailler dans une des filiales de la Société des Loteries du Québec, les garanties d'assurance vie, d'assurance salaire de courte et de longue durée, et d'assurance accident-maladie sont maintenues en vigueur durant les 31 jours qui suivent le dernier jour travaillé pourvu que la prime soit payée de la façon habituelle.

Cette disposition ne s'applique pas à l'employé qui devient assuré en vertu du régime d'assurance collective de la filiale de la Société des Loteries du Québec le jour suivant immédiatement le dernier jour travaillé à la Société des Casinos du Québec inc. ou Resto-Casino inc.

CESSATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

Sous réserve de toute disposition contraire stipulée expressément ailleurs dans le contrat, l'assurance des personnes à charge de l'adhérent prend fin au premier des événements à survenir parmi les suivants :

- 1) la date de cessation de l'assurance de cet adhérent;
- 2) la date à laquelle l'adhérent cesse d'avoir des personnes à sa charge;
- 3) la fin de la période pendant laquelle les primes requises pour l'assurance des personnes à charge ont été versées au nom de l'adhérent;
- 4) la date de cessation de l'assurance des personnes à charge en vertu du contrat.

L'assurance de toute personne à charge de l'adhérent prend fin à la date à laquelle celle-ci n'est plus une personne à charge selon la définition du contrat.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE

L'assurance de l'adhérent peut être maintenue en vigueur après la date de cessation conformément à ce qui est précisé dans le contrat d'assurance.

RETRAITE PROGRESSIVE

Lorsqu'un adhérent participe à un régime de retraite progressive, son assurance demeure en vigueur et les primes et les prestations d'assurance salaire de courte et de longue durée, et d'assurance vie de base et facultative de l'adhérent sont payables sur la base du revenu gagné selon le temps travaillé.

DEMANDES DE PRESTATIONS

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

L'assureur doit recevoir une déclaration et des preuves de sinistre dans le délai prévu, s'il en est, pour chaque garantie. Advenant la résiliation du contrat, l'assureur n'effectuera aucun versement de prestations à moins que la déclaration et les preuves des pertes subies ne lui soient soumises dans les 120 jours suivant la date de résiliation du contrat.

Le défaut de transmettre la demande de prestations ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus n'empêche pas le paiement de toute prestation pourvu que la demande, les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, aucune prestation ne sera versée si la demande de prestations, les preuves et les renseignements fournis sont transmis plus d'un an après la date de l'événement donnant lieu à la prestation.

Aucune action ni aucune procédure ne pourront être entamées contre l'assureur pour récupérer toute prestation dans les 60 jours suivant la date d'expiration du délai imparti pour la présentation des preuves de sinistre ou plus de 3 ans après ladite expiration.

BÉNÉFICIAIRE

Sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérent peut désigner ou révoquer en tout temps un ou des bénéficiaires de son assurance en faisant parvenir un avis écrit au siège social de l'assureur. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier.

L'assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou révocation de bénéficiaire.

La somme assurée payable au décès d'une personne à charge assurée est versée à l'adhérent, s'il est vivant. Si l'adhérent est décédé, elle est versée selon les modalités suivantes :

- 1) advenant le décès du conjoint :
aux héritiers légaux du conjoint;
- 2) advenant le décès d'un enfant à la charge de l'adhérent :
 - a) au conjoint s'il est vivant;
 - b) sinon aux héritiers légaux de l'enfant à charge.

RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Toute demande de prestations au titre du contrat doit être présentée au moyen du formulaire prévu à cette fin par l'assureur.

Toute prestation payable du vivant de l'adhérent est versée à l'adhérent à moins d'indication contraire dans le contrat.

Le bénéficiaire ou l'adhérent doit fournir à l'assureur, au cours de la période de 90 jours qui suit la date du décès, des preuves de décès y compris un rapport médical et des preuves de l'âge et du salaire de l'adhérent ou de la personne à charge assurée ainsi que tout autre renseignement jugé utile.

Si le bénéficiaire désigné est l'ayant droit, le représentant personnel du défunt ou un mineur, ou s'il décède avant l'adhérent ou n'est pas habilité à donner une libération valide, l'assureur se réserve le droit de payer à son gré et à sa discrétion une partie de la somme due en vertu de l'assurance vie de l'adhérent, jusqu'à concurrence de 5 000 \$, à toute personne qu'il juge avoir un droit équitable à ladite somme pour couvrir les frais des obsèques de l'adhérent. Ce paiement, s'il est effectué de bonne foi, libère entièrement l'assureur de toute responsabilité jusqu'à concurrence de la somme payée.

EXAMENS MÉDICAUX

À l'occasion, l'assureur a le droit d'exiger que la personne assurée pour laquelle des prestations pourraient être versées soit examinée par un ou des médecins ou par un ou des professionnels de la santé de son choix.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Si une personne qui est couverte par une garantie qui est assujettie à la présente disposition relative à la coordination des prestations est également assurée en vertu d'un autre régime qui fournit des prestations semblables, le montant de ces prestations payables au cours d'une année quelconque fait l'objet d'une coordination.

La coordination des prestations en vertu du contrat est effectuée selon les recommandations de l'association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. de sorte que le total des paiements sous tous les régimes n'excède pas le total des frais admissibles engagés par la personne assurée.

Dans le cadre de la présente disposition, régime désigne le contrat et tout régime fournissant des prestations ou des services en vertu :

- 1) des autres régimes d'assurance collective;
- 2) de toute autre forme de contrat, assuré ou non, couvrant les membres d'un groupe;
- 3) des programmes gouvernementaux ou de toute assurance requise ou fournie par une loi.

Le terme « régime » est interprété distinctement selon qu'il désigne une police, un contrat ou un autre arrangement visant des prestations ou des services ou selon qu'il désigne la partie de la police, du contrat ou de l'autre arrangement qui comporte le droit de pouvoir tenir compte des prestations ou services d'autres régimes pour fixer ses propres prestations, ou la partie qui ne comporte pas un tel droit.

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Invalidité totale ou totalement invalide désigne

- 1) pendant les 24 premiers mois qui suivent le début de l'invalidité, un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident, qui empêche complètement l'adhérent d'accomplir toutes les tâches habituelles de sa fonction principale, sans exception, et qui exige des soins médicaux continus sauf s'il s'agit d'un état stationnaire attesté par un médecin;
- 2) par la suite, un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident, qui exige des soins médicaux continus, sauf s'il s'agit d'un état stationnaire attesté par un médecin et qui empêche complètement l'adhérent de se livrer à tout travail rémunérateur pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation et de son expérience.

La disponibilité ou non d'un tel travail rémunérateur dans la région où réside l'assuré n'a aucune incidence sur son droit à des prestations.

L'adhérent qui est tenu de détenir un permis de conduire émis par l'État pour accomplir les tâches habituelles de sa fonction principale n'est pas considéré comme invalide du seul fait que ce permis lui est retiré ou n'est pas renouvelé.

Un employé totalement invalide au moment où l'employeur met fin au lien d'emploi est également admissible.

Formation et expérience désigne l'ensemble des connaissances et des compétences que l'adhérent a pu acquérir au cours de ses études, dans l'exercice de ses activités professionnelles actuelles ou passées, ou durant ses heures de loisir.

PREUVES D'ASSURABILITÉ

L'adhérent qui demande un montant de prestations plus élevé que le montant maximum pouvant être souscrit sans preuves d'assurabilité ainsi qu'il est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES pour la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent doit fournir des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'assureur pour la partie du montant des prestations qui excède ce maximum.

OBJET DE LA GARANTIE

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant que l'adhérent est décédé pendant qu'il était couvert en vertu de la présente garantie, l'assureur paie le montant d'assurance vie de base applicable à cet adhérent ainsi qu'il est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES et conformément aux autres dispositions du contrat.

PAIEMENT ANTICIPÉ

Sur acceptation de l'assureur, tout adhérent totalement invalide dont l'espérance de vie est de moins de 24 mois peut obtenir le paiement d'une partie du montant d'assurance vie de base payable à son décès, sous réserve des conditions suivantes :

- 1) l'assureur peut exiger que l'adhérent soit examiné par un médecin désigné par l'assureur;
- 2) l'adhérent totalement invalide doit obtenir l'approbation de l'assureur en vue de l'obtention de l'exonération des primes en vertu de la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent du contrat;
- 3) toute personne qui a un intérêt dans le montant d'assurance vie de base détenu par l'adhérent doit donner son consentement à ce versement en signant un formulaire fourni par l'assureur.

Le paiement anticipé est toutefois limité à 50 % du montant d'assurance vie de base indiqué au TABLEAU DES GARANTIES. De plus, ce montant ne peut être inférieur à 5 000 \$ ou excéder 100 000 \$.

Lors du décès de l'adhérent, le montant payable en vertu de la présente garantie est réduit du montant correspondant à la valeur du paiement anticipé.

Le preneur demeure responsable du versement de la prime de tout adhérent ayant bénéficié d'un versement anticipé à moins que l'adhérent ne soit exonéré du paiement des primes.

Valeur du paiement anticipé désigne le total des versements effectués en vertu du paiement anticipé plus les frais raisonnables engagés aux fins de vérification de l'état de santé de l'adhérent totalement invalide plus l'intérêt accumulé y afférent à partir de la date du versement jusqu'à la date du décès de l'adhérent totalement invalide.

Le taux d'intérêt est le taux de rendement annuel moyen des certificats de placement garantis d'un an émis par les sociétés de fiducie canadiennes. Le taux utilisé sera celui établi immédiatement après la date du paiement anticipé, tel que publié dans le bulletin mensuel ou hebdomadaire de statistiques de la Banque du Canada.

EXCLUSION AFFÉRENTE AU PAIEMENT ANTICIPÉ

L'assureur ne procédera pas au versement d'un paiement anticipé si la proposition renferme une déclaration erronée de faits ou si des renseignements importants n'ont pas été divulgués, que ce soit dans une période de deux ans ou non. Si l'on découvre, une fois que le versement du paiement anticipé a été effectué, que la proposition ou la protection est nulle et non avenue, le récipiendaire du paiement anticipé devra rembourser la valeur de ce paiement à l'assureur.

FIN DE LA GARANTIE

Cette garantie prend fin à la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge indiqué au TABLEAU DES GARANTIES ou à la première des dates indiquées dans la partie CESSATION DE L'ASSURANCE DE L'ADHÉRENT.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si l'assurance vie de base d'un adhérent prend fin ou est réduite pour une raison autre que la résiliation du contrat et si cet adhérent est âgé de 65 ans ou moins, il a le droit de transformer tout montant d'assurance, jusqu'à concurrence du montant ainsi perdu, en une police individuelle, sans preuves d'assurabilité.

De plus, le nouveau montant d'assurance vie qui peut être transformé sera limité au moindre des montants suivants :

- 1) le montant maximal applicable dans la province de résidence de l'adhérent; ou
- 2) la différence entre le montant d'assurance vie de base en vigueur à la date de cessation de l'assurance et le montant d'assurance auquel l'adhérent est admissible en vertu d'un autre régime d'assurance vie collective au moment où il peut se prévaloir du droit de transformation.

Si l'assurance vie de base d'un adhérent âgé de 65 ans ou moins prend fin en raison de la résiliation du contrat et si cet adhérent a été assuré en vertu de la présente garantie de façon ininterrompue pendant les cinq années précédant immédiatement la résiliation du contrat, il a le droit de transformer en une police individuelle sans fournir de preuves d'assurabilité tout montant d'assurance jusqu'à concurrence du plus élevé des montants suivants : 10 000 \$ ou 25 % du montant d'assurance en vertu du contrat. Toutefois, ce montant d'assurance est diminué de toute assurance vie à laquelle l'adhérent devient admissible en vertu d'un contrat quelconque d'assurance collective au cours des 31 jours qui suivent la résiliation du contrat.

La police individuelle choisie conformément aux dispositions ci-dessus est assujettie aux conditions suivantes :

- 1) l'adhérent doit soumettre une proposition d'assurance individuelle à l'assureur et régler la première prime dans les 31 jours suivant la date de cessation de sa protection en vertu de la présente garantie;

- 2) la police individuelle peut être une assurance temporaire non transformable jusqu'à l'âge de 65 ans, une assurance temporaire non renouvelable et transformable d'un an ou toute assurance permanente ordinaire offerte par l'assureur à la date de la transformation, à l'exception des assurances permanentes spéciales désignées à l'occasion par l'assureur. Cette police ne comporte pas de disposition d'assurance spéciale exigeant le paiement d'une surprime et ne constitue pas une police selon laquelle le montant d'assurance peut augmenter ou augmentera à l'avenir. L'assureur offre toujours, au moment de la transformation, au moins une assurance permanente. De plus, dans la mesure où l'assureur le permet, l'adhérent peut choisir une option selon laquelle les participations servent à fournir une assurance supplémentaire;
- 3) si la police individuelle choisie est une assurance temporaire non renouvelable et transformable d'un an, l'adhérent peut décider de verser une prime unique ou des primes trimestrielles et cette police pourra être transformée en une des assurances décrites ci-dessus pourvu qu'il ne s'agisse pas d'une autre police d'assurance temporaire transformable d'un an;
- 4) la police individuelle établie doit être conforme aux conditions, aux modalités et aux montants d'assurance individuelle qu'utilise normalement l'assureur à la date de la transformation;
- 5) l'assureur détermine la prime de la police individuelle en fonction du taux applicable, à la date de prise d'effet de cette police individuelle, à l'assurance et au montant d'assurance de la police établie, selon l'âge de l'adhérent à l'anniversaire de naissance le plus proche et la catégorie de risque à laquelle il appartient;
- 6) le montant d'assurance de la police individuelle doit correspondre au montant d'assurance total que l'adhérent peut transformer, même s'il est inférieur au montant d'assurance minimal qui s'applique normalement à l'assurance choisie;
- 7) la police individuelle ne prend pas effet avant la fin de la période de 31 jours qui suit immédiatement la date de cessation de l'assurance de l'adhérent en vertu de la présente garantie.

Le montant d'assurance vie de base auquel un adhérent couvert en vertu de la présente garantie est admissible conformément au TABLEAU DES GARANTIES sera diminué de tout montant d'assurance vie individuelle en vigueur sur la vie de l'adhérent établi antérieurement conformément au DROIT DE TRANSFORMATION du contrat ou à la disposition correspondante de toute autre police d'assurance collective établie par l'assureur.

DROIT DE L'ADHÉRENT APRÈS LA CESSATION DE L'ASSURANCE

Si l'adhérent décède dans les 31 jours suivant la cessation de sa protection en vertu de la présente garantie, le montant d'assurance vie de base payable est celui qu'il aurait eu le droit de transformer.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

Avant de régler une demande consécutive à un décès, l'assureur exige des preuves écrites satisfaisantes attestant que le décès a bien eu lieu et que le défunt était admissible à l'assurance au moment du décès, et précisant les causes et les circonstances liées au décès, la date de naissance du défunt et à quel titre le demandeur présente la demande de prestations.

Toute demande de paiement doit être présentée à l'assureur dans les 30 jours suivant la date du décès et une preuve écrite doit être remise dans les 90 jours.

Sous réserve de toute loi applicable, l'assureur peut demander une autopsie afin d'évaluer sa responsabilité en rapport avec un sinistre.

La somme due au décès de l'adhérent est versée au bénéficiaire désigné par l'adhérent dans les 30 jours suivant la réception de preuves suffisantes du décès.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT

ADMISSIBILITÉ ET PREUVES D'ASSURABILITÉ

Comme condition préalable d'admissibilité à la présente garantie, l'adhérent doit soumettre des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

Toutefois, aucune preuve n'est requise pour le maximum sans preuves d'assurabilité indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, si la demande d'adhésion est soumise dans les 60 jours qui suivent la date à laquelle l'adhérent devient admissible à l'assurance.

OBJET DE LA GARANTIE

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant que l'adhérent est décédé pendant qu'il était couvert en vertu de la présente garantie, l'assureur paie le montant d'assurance vie facultative applicable à cet adhérent conformément à ce qui est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES et aux dispositions applicables du contrat.

EXCLUSION EN CAS DE SUICIDE

L'assureur n'est pas tenu de verser le montant d'assurance vie facultative si l'adhérent décède par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non, au cours des deux premières années qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie, de sa remise en vigueur ou de toute augmentation du montant de la garantie. L'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est alors nulle et sans effet et la responsabilité de l'assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

FIN DE LA GARANTIE

Cette garantie prend fin à la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge indiqué au TABLEAU DES GARANTIES ou à la première des dates indiquées dans la partie CESSATION DE L'ASSURANCE DE L'ADHÉRENT.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si l'adhérent est âgé de 65 ans ou moins et que son assurance vie facultative prend fin en raison de l'une des conditions stipulées dans la disposition relative au DROIT DE TRANSFORMATION contenue dans l'assurance vie de base de l'adhérent et non pas uniquement parce qu'il l'a demandé, il a le droit de transformer cette assurance en une police d'assurance individuelle, sans preuves d'assurabilité.

Les modalités, conditions et restrictions applicables au DROIT DE TRANSFORMATION de l'assurance vie de base de l'adhérent s'appliquent à toute police individuelle offerte en vertu de la présente garantie, sauf que le montant maximum qui peut être transformé en vertu de la présente garantie correspond au maximum ainsi qu'il est stipulé en vertu du DROIT DE TRANSFORMATION de l'assurance vie de base de l'adhérent, moins le montant de toute assurance vie de base de l'adhérent qui peut être transformé.

DROIT DE L'ADHÉRENT APRÈS LA CESSATION DE L'ASSURANCE

Si l'adhérent décède dans les 31 jours suivant la cessation de sa protection en vertu de la présente garantie, le montant d'assurance vie facultative payable est celui qu'il aurait eu le droit de transformer.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

Avant de régler une demande consécutive à un décès, l'assureur exige des preuves écrites satisfaisantes attestant que le décès a bien eu lieu et que le défunt était admissible à l'assurance au moment du décès, et précisant les causes et les circonstances liées au décès, la date de naissance du défunt et à quel titre le demandeur présente la demande de prestations.

Sous réserve de toute loi applicable, l'assureur peut demander une autopsie afin d'évaluer sa responsabilité en rapport avec un sinistre.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE DE L'ADHÉRENT

ADMISSIBILITÉ ET PREUVES D'ASSURABILITÉ

Comme condition préalable d'admissibilité à la présente garantie, les personnes à charge assurées doivent soumettre des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

Toutefois, aucune preuve n'est requise pour le maximum sans preuves d'assurabilité indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, si la demande d'adhésion est soumise dans les 60 jours qui suivent la date à laquelle la personne à charge devient admissible à l'assurance.

OBJET DE LA GARANTIE

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant que la personne à charge assurée est décédée pendant qu'elle était couverte en vertu de la présente garantie, l'assureur paie le montant d'assurance vie facultative applicable à cette personne à charge conformément à ce qui est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES et aux dispositions applicables du contrat.

EXCLUSION EN CAS DE SUICIDE

L'assureur n'est pas tenu de verser le montant d'assurance vie facultative si la personne à charge décède par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non, au cours des deux premières années qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie, de sa remise en vigueur ou de toute augmentation du montant de la garantie. L'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est alors nulle et sans effet et la responsabilité de l'assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

FIN DE LA GARANTIE

Cette garantie prend fin à la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge indiqué au TABLEAU DES GARANTIES ou à la première des dates indiquées dans la partie CESSATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si la garantie d'assurance vie facultative des personnes à charge couvrant les personnes à charge pour un montant minimum de 5 000 \$ prend fin pour une raison autre qu'à la demande de l'adhérent, et si les personnes à charge sont âgées de 65 ans ou moins, l'adhérent, ou les personnes à charge advenant le décès de l'adhérent, peuvent transformer cette assurance en une police d'assurance individuelle, sans preuves d'assurabilité.

Le montant d'assurance vie individuelle de la personne à charge qui peut être transformé doit être d'au moins le montant applicable dans la province de résidence de l'adhérent sans excéder le montant d'assurance vie facultative de la personne à charge en vigueur à la date de cessation de l'assurance.

La police individuelle choisie conformément aux dispositions ci-dessus est assujettie aux conditions suivantes :

- 1) une proposition d'assurance individuelle dûment remplie doit être présentée à l'assureur, et la première prime doit être réglée dans les 31 jours suivant la date de cessation de l'assurance des personnes à charge en vertu de la présente garantie;
- 2) la police individuelle peut être une assurance permanente ordinaire établie par l'assureur désigné à la date de la transformation, à l'exception des assurances permanentes spéciales désignées à l'occasion par l'assureur. Cette police ne comporte pas de disposition d'assurance spéciale exigeant le paiement d'une surprime et ne constitue pas une police selon laquelle le montant d'assurance peut augmenter ou augmentera à l'avenir. L'assureur offre toujours, au moment de la transformation, au moins une assurance permanente;
- 3) la police individuelle établie doit être conforme aux conditions, aux modalités et aux montants d'assurance individuelle qu'utilise normalement l'assureur désigné à la date de la transformation;
- 4) l'assureur détermine la prime de la police individuelle en fonction du taux applicable, à la date de prise d'effet de cette police individuelle, à l'assurance et au montant d'assurance de la police établie, selon l'âge des personnes à charge à l'anniversaire de naissance le plus proche et la catégorie de risque à laquelle elles appartiennent;
- 5) le montant d'assurance de la police individuelle doit correspondre au montant d'assurance total que le conjoint peut transformer, même s'il est inférieur au montant d'assurance minimal qui s'applique normalement à l'assurance choisie;
- 6) la police individuelle ne prend pas effet avant la fin de la période de 31 jours qui suit immédiatement la date de cessation de l'assurance des personnes à charge en vertu de la présente garantie.

DROIT DU CONJOINT APRÈS LA CESSATION DE L'ASSURANCE

Si le conjoint décède dans les 31 jours suivant la cessation de sa protection en vertu de la présente garantie, le montant d'assurance vie payable est celui que l'adhérent, ou le conjoint advenant le décès de l'adhérent aurait eu le droit de transformer.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

Avant de régler une demande consécutive à un décès, l'assureur exige des preuves écrites satisfaisantes attestant que le décès a bien eu lieu et que le défunt était admissible à l'assurance au moment du décès, et précisant les causes et les circonstances liées au décès, la date de naissance du défunt et à quel titre le demandeur présente la demande de prestations.

Sous réserve de toute loi applicable, l'assureur peut demander une autopsie afin d'évaluer sa responsabilité en rapport avec un sinistre.

ASSURANCE MALADIES REDOUTÉES FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Accident vasculaire cérébral désigne le diagnostic sans équivoque, posé par un neurologue dûment qualifié, d'un infarctus du tissu du cerveau, à la suite d'une thrombose, d'une hémorragie ou d'une embolie. Le diagnostic doit reposer sur tous les points suivants :

- 1) apparition soudaine de nouveaux symptômes neurologiques;
- 2) nouvelles séquelles neurologiques mesurables à l'examen clinique et encore présentes 30 jours après l'accident;
- 3) nouveaux résultats de tomodensitogramme (CT scan) ou d'imagerie par résonance magnétique (IRM) confirmant le diagnostic clinique, si disponibles.

Brûlures graves désigne toute brûlure au troisième degré, diagnostiquée par un chirurgien plasticien dûment qualifié, et couvrant au moins 20 % de la surface du corps de l'adhérent.

Cancer pouvant entraîner la mort désigne une tumeur maligne, diagnostiquée par un médecin, et caractérisée par le développement et la propagation incontrôlés de cellules malignes qui envahissent les tissus.

Coma désigne le diagnostic, posé par un neurologue dûment qualifié, d'un état d'inconscience, sans aucune réaction à tout stimulant extérieur, qui persiste de façon continue pendant une période d'au moins 96 heures.

Crise cardiaque (infarctus du myocarde) désigne la mort d'une partie du muscle cardiaque en raison du blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires résultant d'une athérosclérose coronarienne. Le diagnostic doit être fondé sur tous les éléments suivants réunis à la fois :

- 1) nouvel épisode de douleurs typiques à la poitrine ou symptômes correspondants;
- 2) nouvelles variations électrocardiographiques qui montrent un infarctus du myocarde, et
- 3) résultats biochimiques confirmant une nécrose du myocarde (mort du muscle cardiaque) incluant des enzymes cardiaques et/ou troponine élevés.

Dystrophie musculaire désigne un ensemble d'affections héréditaires des muscles pour lesquelles une lente et progressive dégénérescence se produit, résultant en une faiblesse croissante et à l'invalidité. Le diagnostic doit être confirmé par une analyse d'ADN, une électromyographie et une biopsie des muscles.

Greffe d'un organe vital désigne l'intervention chirurgicale au cours de laquelle on greffe à l'adhérent l'un des organes ou tissus suivants : cœur, foie, poumon, rein ou moelle osseuse.

Infection par le VIH (infection professionnelle) désigne une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) survenant après la date de prise d'effet de l'assurance et découlant d'un accident ou d'une blessure se produisant au Canada pendant que l'adhérent exerce les fonctions normales liées à son travail et l'exposant à du sang ou à d'autres fluides corporels contaminés par le VIH.

Insuffisance rénale désigne l'insuffisance rénale permanente et irrémédiable des deux reins qui exige un traitement régulier par dialyse ou une greffe rénale.

Maladie d'Alzheimer désigne une maladie neurodégénérative progressive diagnostiquée par un neurologue dûment qualifié. L'adhérent doit présenter une diminution de ses facultés intellectuelles, notamment en ce qui a trait à la mémoire et au jugement; de plus, ses facultés mentales ainsi que sa capacité de fonctionner en société doivent être réduites au point où il doit faire l'objet d'une surveillance constante.

Maladie de Parkinson désigne la maladie de Parkinson idiopathique et dégénérative diagnostiquée par un neurologue dûment qualifié. Le diagnostic est fondé sur deux des caractéristiques suivantes ou plus :

- 1) rigidité;
- 2) tremblements;
- 3) bradykinésie.

Paralyse désigne la perte totale, irrémédiable et permanente de l'usage de deux membres ou plus en raison d'une paralysie, pour une période continue de 180 jours. Le diagnostic doit être posé par un médecin dûment qualifié.

Perte de la parole désigne la perte totale et irrémédiable et permanente de la capacité de parler, par suite d'une lésion ou d'une maladie, qui doit se prolonger sur une période continue de 6 mois. Le diagnostic doit être posé par un médecin dûment qualifié.

Perte de la vue des deux yeux désigne la perte totale et irrémédiable de la vision des deux yeux, diagnostiquée par un ophtalmologiste dûment qualifié, et qui correspond à une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins ou à des champs visuels de moins de 20 degrés et ce, pour les deux yeux.

Perte de l'ouïe des deux oreilles désigne la perte totale et irrémédiable de l'ouïe des deux oreilles diagnostiquée par un oto-rhino-laryngologiste dûment qualifié et correspondant à un seuil d'audition de plus de 90 décibels.

Pontage coronarien (chirurgie de pontage des artères coronaires) désigne une intervention chirurgicale recommandée par un cardiologue dûment qualifié afin de corriger le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen de pontages par greffe.

Sclérose en plaques désigne le diagnostic sans équivoque de sclérose en plaques, posé par un neurologue dûment qualifié, basé sur des critères de diagnostic généralement acceptés, et confirmé par des techniques modernes de recherche comme la scanographie.

ADMISSIBILITÉ ET PREUVES D'ASSURABILITÉ

Comme condition préalable d'admissibilité à la présente garantie, l'adhérent doit soumettre des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

Toutefois, aucune preuve n'est requise pour le maximum sans preuves d'assurabilité indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, si la demande d'adhésion est soumise dans les 60 jours qui suivent la date à laquelle l'adhérent devient admissible à l'assurance.

OBJET DE LA GARANTIE

L'assureur paie le montant applicable à toute maladie, conformément au TABLEAU DES MALADIES REDOUTÉES COUVERTES et aux autres dispositions applicables du contrat sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant :

- 1) qu'un médecin ou un spécialiste du domaine approprié, autorisé à pratiquer au Canada, a diagnostiqué chez un adhérent une des maladies énumérées dans le tableau des maladies redoutées couvertes;
- 2) que l'adhérent est couvert par la présente garantie lorsque le diagnostic de la maladie dont il est atteint est confirmé pour la première fois;
- 3) que l'adhérent a survécu plus de 30 jours après la date à laquelle le diagnostic a été posé par un médecin autorisé;
- 4) si l'adhérent souffre d'un cancer :
 - a) que les symptômes ou problèmes médicaux ayant mené au diagnostic de ce cancer sont apparus plus de 90 jours après la date de prise d'effet de la présente garantie ou de toute remise en vigueur; ou
 - b) que le cancer a été diagnostiqué par un médecin autorisé plus de 90 jours après la date de prise d'effet de la présente garantie ou de toute remise en vigueur.

Toutefois, si la présente garantie est en vigueur depuis moins de 90 jours, mais que l'adhérent était assuré en vertu du contrat antérieur comportant des garanties similaires offert par le preneur au cours de toute période de temps précédant immédiatement la date de prise d'effet de la présente garantie, cette période de temps sera prise en compte dans la détermination de la période de 90 jours, mais seulement jusqu'à concurrence du montant d'assurance prévu en vertu du contrat antérieur.

L'adhérent peut se prévaloir de ce paiement une seule fois en cours de garantie et pour une seule maladie redoutée.

TABLEAU DES MALADIES REDOUTÉES COUVERTES

Le montant payable pour chaque type de maladie correspond au pourcentage indiqué ci-dessous, multiplié par le montant d'assurance figurant dans le TABLEAU DES GARANTIES.

COUVERTURE ÉTENDUE

<u>Maladies redoutées</u>	<u>% de remboursement</u>
dystrophie musculaire	100 %
infection par VIH (infection professionnelle)	100 %
maladie d'Alzheimer	100 %
maladie de Parkinson	100 %
sclérose en plaques	100 %
paralysie	100 %
perte de la vue des deux yeux	100 %
accident vasculaire cérébral	100 %
brûlures graves	100 %
greffe d'un organe vital	100 %
insuffisance rénale	100 %
cancer pouvant entraîner la mort	100 %
crise cardiaque (infarctus du myocarde)	100 %
coma	100 %
pontage coronarien	100 %
perte de la parole	100 %
perte de l'ouïe des deux oreilles	100 %

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

- 1) Cette garantie ne s'applique pas pour toute maladie redoutée qui résulte directement ou indirectement de ce qui suit :
 - a) de dommages corporels que l'adhérent s'inflige intentionnellement, d'une exposition volontaire à une maladie ou d'une tentative de suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non;
 - b) d'une guerre, déclarée ou non, du service actif dans les forces armées d'un pays, de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
 - c) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel du Canada;
 - d) d'un abus d'alcool;
 - e) de l'usage de tout médicament, de tout narcotique, de toute substance intoxicante ou de toute autre substance nocive, sauf s'ils sont prescrits ou recommandés par un médecin.
- 2) Aucune prestation n'est payable :
 - a) pour une perte survenue à la suite d'un accident ayant causé des dommages corporels et à l'égard de laquelle l'assureur a payé le montant applicable en vertu de la garantie ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT DE L'ADHÉRENT, si elle fait partie du contrat;
 - b) pour une maladie ou une affection préexistante pour laquelle l'adhérent a reçu des soins, des traitements ou des services, a consulté un médecin ou a pris des médicaments lui ayant été prescrits, dans les 24 mois précédant la date de prise d'effet de la présente garantie, sauf si la maladie en question est diagnostiquée plus de 24 mois après la date de prise d'effet de la présente garantie de l'adhérent, sous réserve des autres dispositions applicables du contrat.

Toutefois, si la présente garantie est en vigueur depuis moins de 24 mois, mais que l'adhérent était assuré en vertu du contrat antérieur comportant des garanties similaires offert par le preneur au cours de toute période de temps précédant immédiatement la date de prise d'effet de la présente garantie, cette période de temps sera prise en compte dans la détermination de la période de 24 mois, mais seulement jusqu'à concurrence du montant d'assurance et des maladies redoutées couvertes en vertu du contrat antérieur.

Cette exclusion ne s'applique qu'aux montants d'assurance équivalents ou inférieurs au montant maximum sans preuves d'assurabilité indiqué au TABLEAU DES GARANTIES. Toutefois, si l'assurance de l'adhérent a été approuvée pour un montant supérieur, cette exclusion ne s'applique pas;

- c) pour une paralysie, une paraplégie, une hémip légie ou une quadriplégie résultant, directement ou indirectement, de la pratique de l'une ou l'autre des activités suivantes : combat de boxe amateur ou professionnel, saut à l'élastique («bungee»), saut du haut d'une falaise, escalade de montagne, course automobile ou compétition de vitesse sur terre ou sur eau, parachutisme ou activités sous-marines;
- d) pour les accidents ischémiques cérébraux transitoires;
- e) pour les syndromes coronaires aigus moins sévères incluant l'angine instable et l'insuffisance coronarienne aiguë;
- f) pour tous les types de parkinsonisme autres que la maladie de Parkinson idiopathique et dégénérative;
- g) pour les techniques non opératoires, telles que l'angioplastie par ballonnet ou le soulagement d'une occlusion au moyen d'un traitement au laser ou de toute autre technique sans pontage;
- h) pour les syndromes cérébraux organiques et les troubles psychiatriques, autres que la maladie d'Alzheimer.

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS AFFÉRENTES AU DIAGNOSTIC D'UN CANCER

Cette garantie ne s'applique pas lorsque le cancer a été diagnostiqué dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de l'assurance ou d'une remise en vigueur ou lorsque les symptômes ou problèmes médicaux ayant mené au diagnostic du cancer sont apparus durant cette période initiale de 90 jours.

De plus, aucune prestation n'est payable pour les formes de cancer suivantes :

- 1) cancer précoce de la prostate, diagnostiqué comme étant de type T1A N0 M0 et T1B N0 M0 ou d'un stade équivalent;
- 2) cancer non invasif in situ;
- 3) lésions précancéreuses, tumeurs bénignes ou polypes;
- 4) toute tumeur qui se développe chez une personne séropositive pour le VIH;
- 5) tout cancer de la peau autre qu'un mélanome malin envahissant de plus de 0,75 mm.

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS AFFÉRENTES AU DIAGNOSTIC D'UNE INFECTION PAR LE VIH

Pour que la prestation soit payable, les conditions suivantes doivent être remplies :

- 1) l'adhérent (ou le preneur) doit signaler à l'assureur tout accident ou toute blessure pouvant entraîner une infection par le VIH dans les 14 jours suivant la date de l'événement;
- 2) dans les 14 jours suivant l'accident ou la blessure, l'adhérent doit subir des tests sanguins qui confirment qu'il est alors séronégatif pour le VIH; et
- 3) un test VIH doit avoir lieu dans un délai de 90 à 180 jours après la blessure accidentelle et doit s'avérer positif;
- 4) la blessure accidentelle doit être signalée, accompagnée de pièces justificatives, et étudiée conformément aux lignes directrices du lieu de travail.

L'assureur peut exiger qu'on lui fournisse tous les échantillons de sang prélevés pour les faire analyser par un laboratoire indépendant et peut demander tout autre prélèvement sanguin qu'il juge nécessaire.

Si un vaccin offrant une protection contre le VIH devenait disponible, aucune prestation ne serait payable pour un adhérent qui subirait un accident ou se blesserait dans le cadre de son travail et qui aurait préalablement refusé d'être vacciné. De plus, aucune prestation ne sera payable si un remède contre le VIH est devenu disponible avant l'accident ou la blessure donnant lieu à la demande de prestation. Les infections par le VIH résultant de toute autre cause non reliée au travail de l'adhérent comme des activités sexuelles ou l'usage de drogues, ne sont pas couvertes en vertu de la présente garantie.

LIMITATIONS GÉOGRAPHIQUES

Si une affection ou une maladie redoutée assurée est diagnostiquée à l'extérieur du Canada, à la suite d'un accident ou d'une maladie, l'assureur n'étudie la demande de prestation qu'une fois que l'adhérent est de retour au Canada, qu'il a obtenu une évaluation du diagnostic posé antérieurement et reçu des soins médicaux.

FIN DE LA GARANTIE

Cette garantie prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge indiqué au TABLEAU DES GARANTIES;
- 2) la première des dates indiquées dans la partie CESSATION DE L'ASSURANCE DE L'ADHÉRENT;

- 3) la date à laquelle l'assureur paie le montant applicable à l'une des maladies redoutées couvertes en vertu de la présente garantie.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

Avant de régler une demande relative à une maladie redoutée, l'assureur exige des preuves écrites satisfaisantes de l'existence de ladite maladie et de l'admissibilité de l'adhérent à une prestation au moment où le diagnostic a été posé.

Une déclaration initiale écrite de sinistre doit être présentée à l'assureur dans les 30 jours suivant la date de l'événement.

L'assureur se réserve le droit de vérifier le diagnostic auprès du ou des médecins traitants et de faire examiner à ses frais tout adhérent qui lui a présenté une demande de prestation.

PREUVES DE SINISTRE AFFÉRENTES À UN ACCIDENT OU UNE À BLESSURE POUVANT ENTRAÎNER UNE INFECTION PAR LE VIH

Une déclaration écrite de sinistre doit être présentée à l'assureur dans les 14 jours suivant l'accident ou la blessure.

L'adhérent (ou le preneur) doit rapporter à l'assureur l'accident ou la blessure, qui doit ensuite faire l'objet d'une enquête et d'un rapport selon les procédures établies pour le travail en question.

ASSURANCE MALADIES REDOUTÉES FACULTATIVE DU CONJOINT DE L'ADHÉRENT

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Accident vasculaire cérébral désigne le diagnostic sans équivoque, posé par un neurologue dûment qualifié, d'un infarctus du tissu du cerveau, à la suite d'une thrombose, d'une hémorragie ou d'une embolie. Le diagnostic doit reposer sur tous les points suivants :

- 1) apparition soudaine de nouveaux symptômes neurologiques;
- 2) nouvelles séquelles neurologiques mesurables à l'examen clinique et encore présentes 30 jours après l'accident;
- 3) nouveaux résultats de tomodensitogramme (CT scan) ou d'imagerie par résonance magnétique (IRM) confirmant le diagnostic clinique, si disponibles.

Brûlures graves désigne toute brûlure au troisième degré, diagnostiquée par un chirurgien plasticien dûment qualifié, et couvrant au moins 20 % de la surface du corps de l'adhérent.

Cancer pouvant entraîner la mort désigne une tumeur maligne, diagnostiquée par un médecin, et caractérisée par le développement et la propagation incontrôlés de cellules malignes qui envahissent les tissus.

Coma désigne le diagnostic, posé par un neurologue dûment qualifié, d'un état d'inconscience, sans aucune réaction à tout stimulant extérieur, qui persiste de façon continue pendant une période d'au moins 96 heures.

Crise cardiaque (infarctus du myocarde) désigne la mort d'une partie du muscle cardiaque en raison du blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires résultant d'une athérosclérose coronarienne. Le diagnostic doit être fondé sur tous les éléments suivants réunis à la fois :

- 1) nouvel épisode de douleurs typiques à la poitrine ou symptômes correspondants;
- 2) nouvelles variations électrocardiographiques qui montrent un infarctus du myocarde, et
- 3) résultats biochimiques confirmant une nécrose du myocarde (mort du muscle cardiaque) incluant des enzymes cardiaques et/ou troponine élevés.

Dystrophie musculaire désigne un ensemble d'affections héréditaires des muscles pour lesquelles une lente et progressive dégénérescence se produit, résultant en une faiblesse croissante et à l'invalidité. Le diagnostic doit être confirmé par une analyse d'ADN, une électromyographie et une biopsie des muscles.

Greffe d'un organe vital désigne l'intervention chirurgicale au cours de laquelle on greffe à l'adhérent l'un des organes ou tissus suivants : cœur, foie, poumon, rein ou moelle osseuse.

Infection par le VIH (infection professionnelle) désigne une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) survenant après la date de prise d'effet de l'assurance et découlant d'un accident ou d'une blessure se produisant au Canada pendant que l'adhérent exerce les fonctions normales liées à son travail et l'exposant à du sang ou à d'autres fluides corporels contaminés par le VIH.

Insuffisance rénale désigne l'insuffisance rénale permanente et irrémédiable des deux reins qui exige un traitement régulier par dialyse ou une greffe rénale.

Maladie d'Alzheimer désigne une maladie neurodégénérative progressive diagnostiquée par un neurologue dûment qualifié. L'adhérent doit présenter une diminution de ses facultés intellectuelles, notamment en ce qui a trait à la mémoire et au jugement; de plus, ses facultés mentales ainsi que sa capacité de fonctionner en société doivent être réduites au point où il doit faire l'objet d'une surveillance constante.

Maladie de Parkinson désigne la maladie de Parkinson idiopathique et dégénérative diagnostiquée par un neurologue dûment qualifié. Le diagnostic est fondé sur deux des caractéristiques suivantes ou plus :

- 1) rigidité;
- 2) tremblements;
- 3) bradykinésie.

Paralyse désigne la perte totale, irrémédiable et permanente de l'usage de deux membres ou plus en raison d'une paralysie, pour une période continue de 180 jours. Le diagnostic doit être posé par un médecin dûment qualifié.

Perte de la parole désigne la perte totale et irrémédiable et permanente de la capacité de parler, par suite d'une lésion ou d'une maladie, qui doit se prolonger sur une période continue de 6 mois. Le diagnostic doit être posé par un médecin dûment qualifié.

Perte de la vue des deux yeux désigne la perte totale et irrémédiable de la vision des deux yeux, diagnostiquée par un ophtalmologiste dûment qualifié, et qui correspond à une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins ou à des champs visuels de moins de 20 degrés et ce, pour les deux yeux.

Perte de l'ouïe des deux oreilles désigne la perte totale et irrémédiable de l'ouïe des deux oreilles diagnostiquée par un oto-rhino-laryngologiste dûment qualifié et correspondant à un seuil d'audition de plus de 90 décibels.

Pontage coronarien (chirurgie de pontage des artères coronaires) désigne une intervention chirurgicale recommandée par un cardiologue dûment qualifié afin de corriger le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen de pontages par greffe.

Sclérose en plaques désigne le diagnostic sans équivoque de sclérose en plaques, posé par un neurologue dûment qualifié, basé sur des critères de diagnostic généralement acceptés, et confirmé par des techniques modernes de recherche comme la scanographie.

ADMISSIBILITÉ ET PREUVES D'ASSURABILITÉ

Comme condition préalable d'admissibilité à la présente garantie, le conjoint assuré doit soumettre des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

Toutefois, aucune preuve n'est requise pour le maximum sans preuves d'assurabilité indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, si la demande d'adhésion est soumise dans les 60 jours qui suivent la date à laquelle la personne à charge devient admissible à l'assurance.

OBJET DE LA GARANTIE

L'assureur paie le montant applicable à toute maladie, conformément au TABLEAU DES MALADIES REDOUTÉES COUVERTES et aux autres dispositions applicables du contrat sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant :

- 1) qu'un médecin ou un spécialiste du domaine approprié, autorisé à pratiquer au Canada, a diagnostiqué chez un conjoint assuré une des maladies énumérées dans le tableau des maladies redoutées couvertes;
- 2) que le conjoint assuré est couvert par la présente garantie lorsque le diagnostic de la maladie dont il est atteint est confirmé pour la première fois;
- 3) que le conjoint assuré a survécu plus de 30 jours après la date à laquelle le diagnostic a été posé par un médecin autorisé;
- 4) si le conjoint assuré souffre d'un cancer :
 - a) que les symptômes ou problèmes médicaux ayant mené au diagnostic de ce cancer sont apparus plus de 90 jours après la date de prise d'effet de la présente garantie ou de toute remise en vigueur; ou

- b) que le cancer a été diagnostiqué par un médecin autorisé plus de 90 jours après la date de prise d'effet de la présente garantie ou de toute remise en vigueur.

Toutefois, si la présente garantie est en vigueur depuis moins de 90 jours, mais que le conjoint de l'adhérent était assuré d'une garantie similaire faisant partie du contrat antérieur du preneur à l'égard de l'adhérent au cours de toute période de temps précédant immédiatement la date de prise d'effet de la présente garantie, cette période de temps sera prise en compte dans la détermination de la période de 90 jours, mais seulement jusqu'à concurrence du montant d'assurance prévu en vertu du contrat antérieur.

Le conjoint assuré peut se prévaloir de ce paiement une seule fois en cours de garantie et pour une seule maladie redoutée.

TABLEAU DES MALADIES REDOUTÉES COUVERTES

Le montant payable pour chaque type de maladie correspond au pourcentage indiqué ci-dessous, multiplié par le montant d'assurance figurant dans le TABLEAU DES GARANTIES.

COUVERTURE ÉTENDUE

<u>Maladies redoutées</u>	<u>% de remboursement</u>
dystrophie musculaire	100 %
infection par VIH (infection professionnelle)	100 %
maladie d'Alzheimer	100 %
maladie de Parkinson	100 %
sclérose en plaques	100 %
paralyse	100 %
perte de la vue des deux yeux	100 %
accident vasculaire cérébral	100 %
brûlures graves	100 %
greffe d'un organe vital	100 %
insuffisance rénale	100 %
cancer pouvant entraîner la mort	100 %
crise cardiaque (infarctus du myocarde)	100 %
coma	100 %

<u>Maladies redoutées</u>	<u>% de remboursement</u>
pontage coronarien	100 %
perte de la parole	100 %
perte de l'ouïe des deux oreilles	100 %

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

- 1) Cette garantie ne s'applique pas pour toute maladie redoutée qui résulte directement ou indirectement de ce qui suit :
 - a) de dommages corporels que le conjoint assuré s'inflige intentionnellement, d'une exposition volontaire à une maladie ou d'une tentative de suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non;
 - b) d'une guerre, déclarée ou non, du service actif dans les forces armées d'un pays, de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
 - c) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel du Canada;
 - d) d'un abus d'alcool;
 - e) de l'usage de tout médicament, de tout narcotique, de toute substance intoxicante ou de toute autre substance nocive, sauf s'ils sont prescrits ou recommandés par un médecin.

- 2) Aucune prestation n'est payable :
 - a) pour une perte survenue à la suite d'un accident ayant causé des dommages corporels et à l'égard de laquelle l'assureur a payé le montant applicable en vertu de la garantie ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT DES PERSONNES À CHARGE, si elle fait partie du contrat;
 - b) pour une maladie ou une affection préexistante pour laquelle le conjoint a reçu des soins, des traitements ou des services, a consulté un médecin ou a pris des médicaments lui ayant été prescrits, dans les 24 mois précédant la date de prise d'effet de la présente garantie, sauf si la maladie en question est diagnostiquée plus de 24 mois après la date de prise d'effet de la présente garantie, sous réserve des autres dispositions applicables du contrat.

Toutefois, si la présente garantie est en vigueur depuis moins de 24 mois, mais que le conjoint était assuré en vertu du contrat antérieur comportant des garanties similaires offert par le preneur au cours de toute période de temps précédant immédiatement la date de prise d'effet de la présente garantie, cette période de temps sera prise en compte dans la détermination de la période de 24 mois, mais seulement jusqu'à concurrence du montant d'assurance et des maladies redoutées couvertes en vertu du contrat antérieur.

Cette exclusion ne s'applique qu'aux montants d'assurance équivalents au inférieurs au montant maximum sans preuves d'assurabilité indiqué au TABLEAU DES GARANTIES. Toutefois, si l'assurance du conjoint a été approuvée pour un montant supérieur, cette exclusion ne s'applique pas;

- c) pour une paralysie, une paraplégie, une hémiplégie ou une quadriplégie résultant, directement ou indirectement, de la pratique de l'une ou l'autre des activités suivantes : combat de boxe amateur ou professionnel, saut à l'élastique («bungee»), saut du haut d'une falaise, escalade de montagne, course automobile ou compétition de vitesse sur terre ou sur eau, parachutisme ou activités sous-marines;
- d) pour les accidents ischémiques cérébraux transitoires;
- e) pour les syndromes coronaires aigus moins sévères incluant l'angine instable et l'insuffisance coronarienne aiguë;
- f) pour tous les types de parkinsonisme autres que la maladie de Parkinson idiopathique et dégénérative;
- g) pour les techniques non opératoires, telles que l'angioplastie par ballonnet ou le soulagement d'une occlusion au moyen d'un traitement au laser ou de toute autre technique sans pontage;
- h) pour les syndromes cérébraux organiques et les troubles psychiatriques, autres que la maladie d'Alzheimer.

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS AFFÉRENTES AU DIAGNOSTIC D'UN CANCER

Cette garantie ne s'applique pas lorsque le cancer a été diagnostiqué dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de l'assurance ou d'une remise en vigueur ou lorsque les symptômes ou problèmes médicaux ayant mené au diagnostic du cancer sont apparus durant cette période initiale de 90 jours.

De plus, aucune prestation n'est payable pour les formes de cancer suivantes :

- 1) cancer précoce de la prostate, diagnostiqué comme étant de type T1A N0 M0 et T1B N0 M0 ou d'un stade équivalent;
- 2) cancer non invasif in situ;

- 3) lésions précancéreuses, tumeurs bénignes ou polypes;
- 4) toute tumeur qui se développe chez une personne séropositive pour le VIH;
- 5) tout cancer de la peau autre qu'un mélanome malin envahissant de plus de 0,75 mm.

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS AFFÉRENTES AU DIAGNOSTIC D'UNE INFECTION PAR LE VIH

Pour que la prestation soit payable, les conditions suivantes doivent être remplies :

- 1) le conjoint assuré (ou le preneur) doit signaler à l'assureur tout accident ou toute blessure pouvant entraîner une infection par le VIH dans les 14 jours suivant la date de l'événement;
- 2) dans les 14 jours suivant l'accident ou la blessure, le conjoint assuré doit subir des tests sanguins qui confirment qu'il est alors séronégatif pour le VIH; et
- 3) un test VIH doit avoir lieu dans un délai de 90 à 180 jours après la blessure accidentelle et doit s'avérer positif;
- 4) la blessure accidentelle doit être signalée, accompagnée de pièces justificatives, et étudiée conformément aux lignes directrices du lieu de travail.

L'assureur peut exiger qu'on lui fournisse tous les échantillons de sang prélevés pour les faire analyser par un laboratoire indépendant et peut demander tout autre prélèvement sanguin qu'il juge nécessaire.

Si un vaccin offrant une protection contre le VIH devenait disponible, aucune prestation ne serait payable pour un conjoint assuré qui subirait un accident ou se blesserait dans le cadre de son travail et qui aurait préalablement refusé d'être vacciné. De plus, aucune prestation ne sera payable si un remède contre le VIH est devenu disponible avant l'accident ou la blessure donnant lieu à la demande de prestation. Les infections par le VIH résultant de toute autre cause non reliée au travail du conjoint assuré comme des activités sexuelles ou l'usage de drogues, ne sont pas couvertes en vertu de la présente garantie.

LIMITATIONS GÉOGRAPHIQUES

Si une affection ou une maladie redoutée assurée est diagnostiquée à l'extérieur du Canada, à la suite d'un accident ou d'une maladie, l'assureur n'étudie la demande de prestation qu'une fois que le conjoint assuré est de retour au Canada, qu'il a obtenu une évaluation du diagnostic posé antérieurement et reçu des soins médicaux.

FIN DE LA GARANTIE

L'assurance d'un conjoint assuré prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'adhérent ou le conjoint assuré atteint l'âge indiqué au TABLEAU DES GARANTIES;
- 2) la première des dates indiquées à la section CESSATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE du contrat;
- 3) la date à laquelle le conjoint assuré reçoit un montant applicable à l'une des maladies redoutées assurées par la présente garantie.

PREUVE DE SINISTRE

Avant de régler une demande relative à une maladie redoutée, l'assureur exige des preuves écrites satisfaisantes de l'existence de ladite maladie et de l'admissibilité du conjoint assuré à une prestation au moment où le diagnostic a été posé.

Une déclaration initiale écrite de sinistre doit être présentée à l'assureur dans les 30 jours suivant la date de l'événement.

L'assureur se réserve le droit de vérifier le diagnostic auprès du ou des médecins traitants et de faire examiner à ses frais tout conjoint assuré qui lui a présenté une demande de prestation.

PREUVES DE SINISTRE AFFÉRENTES À UN ACCIDENT OU UNE À BLESSURE POUVANT ENTRAÎNER UNE INFECTION PAR LE VIH

Une déclaration écrite de sinistre doit être présentée à l'assureur dans les 14 jours suivant l'accident ou la blessure.

Le conjoint assuré (ou le preneur) doit rapporter à l'assureur l'accident ou la blessure, qui doit ensuite faire l'objet d'une enquête et d'un rapport selon les procédures établies pour le travail en question.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT

L'adhésion à l'assurance salaire de longue durée de l'adhérent est facultative pour tout employé engagé avant le 1^{er} juillet 2001, elle est obligatoire pour tout autre employé. L'employé engagé avant le 1^{er} juillet 2001 qui désire adhérer à la présente garantie doit soumettre des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur. Il ne peut mettre fin à sa participation par la suite, sous réserve des dispositions relatives à la cessation de l'assurance.

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Délai de carence désigne la période ininterrompue d'invalidité totale qui doit s'écouler avant le début du versement des prestations mensuelles en vertu de la présente garantie; cette période est indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

Dans le cas d'une invalidité totale qui survient pendant tout congé ou absence prévus au contrat, à l'exception d'un congé de maternité et d'un congé parental ou pour raisons familiales, pourvu que la présente garantie puisse être maintenue en vigueur, et qu'elle l'ait été, le délai de carence commence à la date prévue de retour au travail.

Revenu mensuel net désigne le revenu mensuel de l'adhérent immédiatement avant le début de l'invalidité totale moins tous les impôts sur le revenu, les cotisations au Régime de pensions du Canada ou au Régime de rentes du Québec et les cotisations à l'assurance emploi prélevés sur le salaire.

Invalidité totale ou totalement invalide désigne

- 1) pendant les 24 premiers mois qui suivent le début de l'invalidité, un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident, qui empêche complètement l'adhérent d'accomplir toutes les tâches habituelles de sa fonction principale, sans exception, et qui exige des soins médicaux continus sauf s'il s'agit d'un état stationnaire attesté par un médecin;
- 2) par la suite, un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident, qui exige des soins médicaux continus, sauf s'il s'agit d'un état stationnaire attesté par un médecin et qui empêche complètement l'adhérent de se livrer à tout travail rémunérateur pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation et de son expérience.

La disponibilité ou non d'un tel travail rémunérateur dans la région où réside l'assuré n'a aucune incidence sur son droit à des prestations.

L'adhérent qui est tenu de détenir un permis de conduire émis par l'État pour accomplir les tâches habituelles de sa fonction principale n'est pas considéré comme invalide du seul fait que ce permis lui est retiré ou n'est pas renouvelé.

Un employé totalement invalide au moment où l'employeur met fin au lien d'emploi est également admissible.

Formation et expérience désigne l'ensemble des connaissances et des compétences que l'adhérent a pu acquérir au cours de ses études, dans l'exercice de ses activités professionnelles actuelles ou passées, ou durant ses heures de loisir.

Période maximale désigne la période maximale durant laquelle les prestations mensuelles sont payables. Cette période est indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

PREUVES D'ASSURABILITÉ

L'adhérent qui demande un montant de prestations plus élevé que le montant maximum pouvant être souscrit sans preuves d'assurabilité indiqué dans le TABLEAU DES GARANTIES pour la garantie d'assurance salaire de longue durée doit fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur pour la partie du montant des prestations qui excède ce maximum.

OBJET DE LA GARANTIE

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant :

- 1) qu'un adhérent est devenu totalement invalide pendant qu'il était couvert en vertu de la présente garantie et qu'il est demeuré totalement invalide durant le délai de carence; et
- 2) que l'adhérent reçoit des soins médicaux continus selon ce qui est indiqué dans la section DÉFINITIONS du contrat;

l'assureur verse des prestations mensuelles aussi longtemps que l'adhérent continue d'être totalement invalide, jusqu'à concurrence de la période maximale indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

La période de congé de maladie du congé de maternité de tout adhérent est considérée comme une période d'invalidité totale aux fins du paiement des prestations de la présente protection, peu importe que son assurance ait ou non été maintenue en vigueur pendant ce congé. Conformément à ce qui est prévu au contrat, les prestations payables à l'adhérent à l'égard de cette période sont alors réduites de toutes autres prestations de maternité qui lui sont payables en vertu de tout régime public ou privé.

Dans le cas d'une invalidité totale qui survient durant la période de congé volontaire du congé de maternité, ou durant une période de congé parental ou de congé familial, le versement des prestations commence à la dernière des dates suivantes, pourvu que la présente garantie ait été maintenue en vigueur et que l'adhérent soit toujours totalement invalide et couvert en vertu de la présente garantie :

- 1) la date à laquelle le délai de carence se termine;
- 2) la date prévue de retour au travail.

Le montant de la prestation mensuelle payable en vertu de la présente garantie est celui indiqué au TABLEAU DES GARANTIES selon le revenu mensuel en vigueur immédiatement avant le début de l'invalidité totale.

Les versements en vertu de la présente garantie sont payables à compter de la fin du délai de carence et sont effectués à la fin de chaque mois.

Les paiements à l'égard d'une période de moins d'un mois sont calculés au taux quotidien de 1/30 de la prestation mensuelle.

La prestation mensuelle peut être imposable conformément à ce qui est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

RAJUSTEMENT SELON L'INDICE DES PRIX À LA CONSOMMATION

Au cours d'une période ininterrompue d'invalidité totale, l'assureur augmentera la prestation mensuelle versée à un adhérent en vertu de la présente garantie d'un montant correspondant au pourcentage de la prestation mensuelle indiqué au TABLEAU DES GARANTIES que l'adhérent reçoit alors au moment de l'augmentation. Les conditions relatives à cette augmentation sont les suivantes :

- 1) la première augmentation prend effet ainsi qu'il est indiqué à la partie RAJUSTEMENT SELON L'INDICE DES PRIX À LA CONSOMMATION du TABLEAU DES GARANTIES;
- 2) les augmentations subséquentes prennent effet à chaque anniversaire de la première augmentation;
- 3) pendant toute année au cours de laquelle l'indice des prix à la consommation (I.P.C.) est inférieur au pourcentage indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, l'augmentation pour cette année particulière sera égale à celle de I.P.C.

RÉDUCTION DES PRESTATIONS MENSUELLES, RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

- 1) Intégration indirecte

L'assureur réduira la prestation mensuelle payable en vertu de la présente garantie par le montant, s'il en est, selon lequel le revenu mensuel total d'un adhérent provenant de toutes sources dépasse :

- a) 80 % de son revenu mensuel brut immédiatement avant l'invalidité totale, si la prestation mensuelle versée en vertu de la présente garantie fait partie du revenu de l'adhérent aux termes de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada); ou
- b) 80 % de son revenu mensuel net immédiatement avant l'invalidité totale, si la prestation mensuelle versée en vertu de la présente garantie ne fait pas partie du revenu de l'adhérent aux termes de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).

L'assureur prend en compte toute indemnité et tout paiement définis ci-dessous, que l'assuré reçoit ou auxquels il a droit, pour établir le revenu mensuel total de l'adhérent provenant de toutes sources :

- a) toute prestation mensuelle versée en vertu de la présente garantie;
 - b) tout revenu mensuel ou paiement versé par l'employeur;
 - c) toute prestation d'invalidité payable en vertu du Régime de rentes du Québec, à l'exception des prestations pour les personnes à charge et de tout montant supplémentaire versé à titre d'indexation des prestations sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;
 - d) toute prestation d'invalidité payable en vertu du Régime de pensions du Canada, à l'exception des prestations pour les personnes à charge et de tout montant supplémentaire versé à titre d'indexation des prestations sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;
 - e) toute prestation d'invalidité payable en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable ou d'un autre régime public, à l'exclusion des prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance emploi;
 - f) toute prestation d'invalidité payable en vertu d'un régime d'assurance collective fourni par un employeur ou une association;
 - g) toute prestation d'invalidité payable par un régime de retraite privé, à l'exclusion de tout montant supplémentaire versé à titre d'indexation des prestations sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;
 - h) toute indemnité de remplacement du revenu payable en vertu de tout régime public qui exige ou fournit des prestations d'assurance automobile sans égard à la responsabilité.
- 2) Si l'adhérent touche l'un ou l'autre des paiements ou indemnités susmentionnés en 1) sous la forme d'un montant forfaitaire au lieu de prestations périodiques, l'assureur réduit le montant de la prestation mensuelle payable de ce montant, qui est ramené sur une base mensuelle en fonction d'une période de 60 mois ou du nombre de mois d'invalidité à l'égard duquel le montant forfaitaire est versé, selon la période la plus courte.

L'assureur réduira aussi les prestations mensuelles même si l'adhérent, qui se doit de faire la demande nécessaire, néglige ou refuse de se prévaloir de ses droits en vertu des lois et régimes décrits ci-dessus.

L'assureur peut à son gré utiliser une estimation du montant accordé en vertu de tout régime public avant la réception de l'avis du montant réellement accordé.

3) Restrictions

Aucun versement n'est effectué en rapport avec une période d'invalidité totale :

- a) durant laquelle l'adhérent ne reçoit pas des soins médicaux continus en raison de la maladie ou des dommages corporels causant l'invalidité totale;
- b) durant laquelle l'adhérent prend la portion « congé volontaire » d'un congé de maternité, tel que décrit à la section DÉFINITIONS, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- c) durant un congé parental ou familial pris par un adhérent conformément aux dispositions de la loi provinciale ou fédérale applicable, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- d) pour une invalidité totale qui survient pendant toute période d'arrêt de travail par suite de cas de force majeure, d'une grève, d'un lock-out, d'une mise à pied ou d'un congé autorisé;
- e) durant l'emprisonnement de l'adhérent par suite d'une condamnation pour infraction;
- f) lorsque l'adhérent séjourne à l'extérieur du Canada pendant une période de plus de 3 mois pour quelque raison que ce soit, à moins que l'assureur ne convienne d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période.

4) Exclusions

Cette garantie ne s'applique pas pour toute invalidité totale qui résulte directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :

- a) des dommages corporels que l'adhérent s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- b) une blessure subie lors d'une guerre, déclarée ou non, le service actif de l'adhérent dans les forces armées d'un pays, sa participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire, sauf s'il agit dans l'exercice de ses fonctions ou en application de la loi (agent de sécurité par exemple);
- c) une infraction ou tentative d'infraction au Code criminel;
- d) des soins médicaux ou chirurgicaux d'ordre esthétique, sauf si les soins esthétiques sont fournis par suite d'un accident survenu pendant que l'adhérent était couvert en vertu du contrat;

- e) l'abus d'alcool ou de stupéfiants, à moins que l'adhérent ne participe de façon active et continue à un programme mené sous surveillance médicale pour remédier à cet abus, qu'il ne reçoive des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation et qu'il ne séjourne dans un centre spécialisé reconnu;
- f) le fait pour l'adhérent d'avoir conduit un véhicule motorisé alors qu'il était sous l'influence de stupéfiants ou que la concentration d'alcool dans son sang excédait la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada.

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ TOTALE

L'assureur considère des périodes successives d'invalidité totale due à une même cause ou à des causes connexes comme étant une même période d'invalidité totale sauf si elles sont séparées d'au moins :

- 1) 21 jours civils consécutifs suivant le retour au travail à temps plein durant la période d'invalidité de courte durée (26 premières semaines d'invalidité);
ou
- 2) 90 jours consécutifs de travail à temps plein suivant immédiatement une période d'invalidité totale qui a donné lieu au versement de prestations en vertu de la présente garantie.

L'assureur considère des périodes successives d'invalidité totale due à des causes qui ne sont pas du tout reliées entre elles comme étant une même période d'invalidité totale à moins d'être séparées d'au moins un jour de travail à temps plein.

Chaque fois que des périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme étant une même période d'invalidité totale, le délai de carence ne s'applique pas une deuxième fois et l'assureur verse le même montant que celui qui était applicable à la période d'invalidité totale initiale, moins tout paiement qui a déjà été effectué, aussi longtemps que l'assuré est totalement invalide, sous réserve de la période maximale de versement des prestations indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

GESTION DE L'INVALIDITÉ

L'assureur peut en tout temps exiger qu'un adhérent totalement invalide participe à un programme de gestion de l'invalidité ou qu'il s'adonne à une activité de réadaptation rémunératrice considérée satisfaisante par l'assureur.

L'assureur coordonne et assure le suivi nécessaire pour l'ensemble des services du programme de gestion de l'invalidité indiqués ci-dessous :

- 1) coordination de l'accès à des services de santé;
- 2) programme de soutien à la réintégration au travail;
- 3) négociation d'un retour progressif au travail;

- 4) programme de réadaptation pouvant inclure des services d'évaluation, de traitement, de formation, de placement et de recherche d'emploi.

Lorsqu'un adhérent reçoit des prestations mensuelles pour une invalidité totale et qu'il participe à un programme de gestion de l'invalidité ou une activité de réadaptation rémunératrice sous la surveillance de son médecin et avec l'approbation de l'assureur, les conditions suivantes s'appliquent :

- 1) l'invalidité totale n'est pas réputée avoir pris fin pour la seule raison que l'adhérent participe audit programme, sous réserve d'une période maximale de 24 mois;
- 2) si, pendant qu'il participe audit programme, l'état de santé de l'adhérent se détériore au point où il n'est plus capable de poursuivre le programme, les conditions de la présente garantie s'appliquent de nouveau à l'égard de l'adhérent, tout comme s'il n'avait jamais participé au programme;
- 3) la limite relative au nombre de mois pendant lesquels des prestations mensuelles sont payables au cours de toute période d'invalidité totale continue de s'appliquer même si l'adhérent participe à un programme approuvé de gestion de l'invalidité ou à une activité de réadaptation rémunératrice;
- 4) si, pendant qu'il participe audit programme, l'adhérent reçoit un revenu, l'assureur réduira les prestations de 50 % du revenu gagné par l'adhérent;
- 5) tant que l'adhérent participe au programme de gestion de l'invalidité, l'assureur réduit ses prestations mensuelles du montant nécessaire pour que son revenu total provenant de toutes sources, ainsi qu'il est défini dans la partie INTÉGRATION INDIRECTE de l'article RÉDUCTION DES PRESTATIONS MENSUELLES, RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS de la présente garantie, n'excède pas 100 % du revenu net qu'il gagnait avant son invalidité si les prestations ne sont pas imposables ou 100 % du revenu brut qu'il gagnait avant son invalidité si les prestations sont imposables.

L'adhérent qui refuse de participer à un programme de gestion de l'invalidité, qui ne participe pas de bonne foi à un tel programme ou qui ne s'adonne pas à une activité de réadaptation que l'assureur juge appropriée ne sera plus admissible aux prestations mensuelles prévues par la présente garantie.

CESSATION DES VERSEMENTS

Les versements en vertu de la présente garantie prennent fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
- 2) la date à laquelle l'adhérent s'adonne à toute tâche rémunératrice autre qu'une activité de réadaptation rémunératrice approuvée;

- 3) la date fixée par l'assureur à laquelle l'adhérent est censé lui avoir fourni une attestation satisfaisante de son invalidité totale ou s'être soumis à un examen médical demandé par l'assureur, mais a négligé ou refusé de le faire;
- 4) la date à laquelle est écoulée la période maximale de versement des prestations indiquée au TABLEAU DES GARANTIES pour toute période d'invalidité totale;
- 5) la date à laquelle l'adhérent refuse de participer à un programme de gestion de l'invalidité ou de s'adonner à une activité de réadaptation que l'assureur juge appropriée;
- 6) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

DROIT DE L'ADHÉRENT APRÈS LA CESSATION DE L'ASSURANCE

Si l'adhérent est totalement invalide à la date à laquelle son assurance prend fin, l'assureur prolonge l'assurance salaire de longue durée de l'adhérent aussi longtemps que cette invalidité totale se poursuit sans interruption, sous réserve des autres dispositions du contrat.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

L'adhérent doit présenter à l'assureur la déclaration écrite initiale de sinistre dans les 30 jours suivant l'expiration du délai de carence et la preuve écrite initiale, dans les 60 jours suivant l'expiration dudit délai.

S'il y a récurrence d'invalidité totale, l'adhérent doit présenter une déclaration écrite de sinistre à l'assureur dans les 30 jours suivant la date de la récurrence et une preuve écrite, dans les 60 jours suivant la date de ladite récurrence.

Par la suite, l'adhérent doit présenter une preuve écrite de continuité de l'invalidité totale jugée satisfaisante par l'assureur chaque fois que ce dernier en fait la demande.

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Année civile désigne la période qui s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre inclusivement.

Chirurgie d'un jour désigne toute chirurgie pratiquée par un médecin et nécessitant une anesthésie locale, régionale ou générale, à l'exclusion de toute chirurgie mineure pouvant être effectuée dans le bureau du médecin.

Dentiste désigne une personne autorisée à pratiquer la médecine dentaire, agréée par l'organisme qui a juridiction à l'endroit où elle fournit les services dentaires.

Dent saine désigne une dent naturelle qui ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique, soit dans sa matière ou dans les structures qui lui sont adjacentes. Aussi, une dent traitée ou réparée qui a retrouvé sa fonction normale doit être considérée comme saine.

Hospitalisation désigne

- 1) une admission à l'hôpital comme patient interne alité (salle ou chambre) pour un séjour qui dure plus de 18 heures consécutives;
- 2) toute visite dans un hôpital au cours de laquelle l'adhérent subit une chirurgie d'un jour.

Maison de convalescence/réadaptation désigne tout établissement au Canada, reconnu à titre de maison de convalescence par l'organisme de réglementation professionnelle, qualifié pour assurer les soins et traitements aux personnes malades ou blessées sous la direction soit d'un médecin, soit d'une infirmière autorisée; cet établissement doit fournir 24 heures par jour des services infirmiers dispensés par une infirmière autorisée et tenir des registres quotidiens sur chaque malade confié aux soins d'un médecin. Cependant, les maisons de santé, les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les foyers pour malades mentaux, les maisons de repos ou les établissements qui dispensent des soins aux alcooliques ou aux toxicomanes ne sont pas inclus.

Malade hospitalisé désigne la personne admise à l'hôpital, à qui on a accordé un lit sur l'ordre d'un médecin, dans le secteur de l'hôpital réservé aux malades hospitalisés.

Médicament obtenu sur ordonnance désigne un médicament prescrit par un médecin ou un chirurgien dentiste. De plus, certains médicaments prescrits par d'autres professionnels de la santé doivent être considérés comme médicament sur ordonnance si une loi provinciale permet à ces professionnels de le faire.

Orthèse désigne tout appareil orthopédique fabriqué d'un matériel rigide, tel le métal ou le plastique, et servant à maintenir une région du corps en bonne position. Les bandes-maintien élastiques n'entrent pas dans la catégorie des orthèses.

Période d'hospitalisation désigne toute période continue d'hospitalisation dans un hôpital du Canada ou des périodes successives d'hospitalisation résultant d'une même maladie ou d'un même accident et séparées par une période de moins de 60 jours consécutifs pendant lesquels la personne assurée n'a pas été hospitalisée. Si, pendant une période donnée, l'hospitalisation résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'hospitalisation précédente, elle est considérée comme une nouvelle période d'hospitalisation.

Prothèse désigne un appareil destiné à remplacer, en tout ou en partie, un membre ou un organe.

Recommandation médicale désigne l'ordre de fournir un médicament ou de prodiguer des soins, donné par un médecin, un chirurgien dentiste ou un podiatre dûment autorisé à le faire dans le cadre normal de l'exercice de sa profession.

Stable se dit de l'état de santé d'une personne assurée qui, dans les 30 jours précédant la date de début du voyage, n'est affectée par aucune condition médicale, ou est affectée par une condition médicale qui :

- 1) n'a fait l'objet d'aucune modification ou recommandation de modification du traitement ou de la posologie des médicaments prescrits; et
- 2) n'est caractérisée par aucun symptôme ne laissant présager une détérioration de la condition médicale pendant la durée du voyage.

Urgence médicale désigne toute maladie, affection ou blessure grave et imprévue nécessitant un traitement médical immédiat.

Véhicule désigne une automobile, une caravane motorisée ou une camionnette ayant une capacité maximale de 1 000 kilogrammes.

DÉFINITIONS RELATIVES AUX MÉDICAMENTS

Médicament de marque désigne le premier médicament mis au point, dit d'origine, et mis sur le marché.

Médicament générique désigne toute reproduction d'un médicament de marque.

OBJET DE LA GARANTIE

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant qu'une personne assurée a engagé des frais admissibles pendant qu'elle était couverte en vertu de la présente garantie, l'assureur rembourse la partie de ces frais qui excède la franchise, s'il y en a une, sous réserve du pourcentage de remboursement applicable et des restrictions indiquées au TABLEAU DES GARANTIES, et conformément aux autres dispositions applicables de la présente garantie et du contrat.

Pour être considérés comme admissibles, les frais doivent avoir été engagés à la suite d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident et couvrir des soins :

- 1) qui sont nécessaires du point de vue médical pour le traitement de la personne assurée;
- 2) qui sont normalement fournis pour une maladie ou blessure de cette nature ou de cette gravité;
- 3) qui, sous réserve d'une disposition contraire, ont été préalablement recommandés par le médecin traitant.

De plus, les frais sont limités aux frais usuels et raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus, sauf pour ce qui est de la partie de l'assurance médicaments qui correspond au régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments.

Les frais admissibles sont réputés avoir été engagés à la date à laquelle le service a été rendu ou les fournitures obtenues.

Le maximum de frais admissibles de médicaments que l'adhérent engage et qui demeure à sa charge, pour lui-même et pour l'ensemble de ses personnes à charge assurées, est de 750 \$ à l'égard de la franchise, du ticket modérateur, le cas échéant, et de la part des frais admissibles de médicaments qui n'est pas prise en charge par l'assureur en raison du pourcentage de remboursement prévu par la présente garantie. Pour les frais de médicaments engagés par la suite au cours de la même année civile, ce pourcentage devient 100 %.

FRANCHISE

La franchise est la partie des frais admissibles que l'adhérent doit payer à chaque année civile, avant que la présente garantie ne donne droit à un remboursement. Le montant de la franchise est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT

Tout pourcentage de remboursement indiqué dans le TABLEAU DES GARANTIES est le pourcentage des frais admissibles après application de la franchise ou du ticket modérateur qui sera remboursé par l'assureur selon les dispositions de la présente garantie.

FRAIS ADMISSIBLES AU CANADA – ACCIDENT-MALADIE

Les frais admissibles sont ceux énumérés ci-dessous et engagés :

- 1) dans la province de résidence de l'adhérent; et
- 2) à l'extérieur de la province de résidence de l'adhérent, mais au Canada, pour une raison autre qu'une urgence médicale.

FRAIS D'HOSPITALISATION

Hôpital :

- 1) les frais d'hospitalisation pour des soins de courte durée dans la province de résidence de l'adhérent, pour chaque jour d'hospitalisation et sans limite quant au nombre de jours, jusqu'à concurrence de la limite indiquée au TABLEAU DES GARANTIES;
- 2) les frais d'hospitalisation engagés dans la région d'Ottawa par des résidents de l'Outaouais pour des soins de courte durée non disponibles dans leur région et recommandés par un médecin, pour chaque jour d'hospitalisation et sans limite quant au nombre de jours, jusqu'à concurrence de la limite indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

Maison de convalescence ou de réadaptation : les frais de séjour dans une chambre à deux lits (semi-privée), repas compris, dans une maison de convalescence ou de réadaptation autorisée, pourvu que la personne assurée y ait été admise dans les 14 jours suivant son séjour d'au moins 5 jours dans un hôpital à titre de malade hospitalisé et que le séjour ait principalement pour objet la réadaptation et non la surveillance du malade, jusqu'à concurrence de la limite indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

MÉDICAMENTS

- 1) Les médicaments qui sont nécessaires à la thérapeutique, qui ne peuvent s'obtenir que sur l'ordonnance d'un médecin ou d'un chirurgien dentiste (codés « Pr », « C », ou « N » dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques) et qui sont fournis par un pharmacien, ou par un médecin là où il n'y a pas de pharmacien.

De plus, les frais engagés pour des médicaments qui sont obtenus sur l'ordonnance du médecin et requis pour le traitement de certaines conditions pathologiques sont également admissibles, dans la mesure où il ne s'agit pas de préparations homéopathiques et pourvu que l'indication thérapeutique qui en est proposée par le fabricant dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques soit directement reliée au traitement desdites conditions pathologiques, soit les suivantes :

troubles cardiaques;

troubles pulmonaires;

diabète;

arthrite;
maladie de Parkinson;
épilepsie;
fibrose kystique;
glaucome.

Sont aussi remboursables les médicaments et les autres produits que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments couvrirait à l'égard des personnes assurées si elles n'étaient pas couvertes en vertu d'un contrat collectif. Les frais ne sont pas limités aux frais usuels et raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus.

- 2) Pour les personnes de 65 ans ou plus assurées par le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments, et leurs personnes à charge assurées, les médicaments décrits au paragraphe 1), qui sont nécessaires à la thérapeutique, que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments ne couvre pas, que l'on ne peut obtenir que sur ordonnance médicale et qui sont fournis par un pharmacien, ou par un médecin là où il n'y a pas de pharmacien.

Sont aussi remboursables les frais engagés qui servent à couvrir la franchise et la coassurance du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments, étant entendu que ces frais sont assujettis à la franchise et au pourcentage de remboursement de la présente garantie.

- 3) Tout médicament pouvant être injecté, tout sérum ou tout vaccin prescrit par un médecin dans le but de prévenir ou de traiter une maladie, y compris les frais d'administration.
- 4) Les injections de substances sclérosantes pour le traitement des varices, à condition que ces traitements soient nécessaires à des fins médicales et non esthétiques.
- 5) Les bâtonnets réactifs et seringues pour le traitement du diabète.
- 6) Les produits anesthésiants administrés lors d'une intervention qui n'a pas lieu dans un hôpital, jusqu'à concurrence d'un maximum payable de 20 \$ par intervention.

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Soins infirmiers : les services d'une infirmière autorisée, d'une infirmière auxiliaire autorisée ou d'une préposée aux bénéficiaires (aide-infirmière) qui n'a aucun lien de parenté, ni par le sang ni par alliance, avec l'adhérent ou avec l'une des personnes à sa charge et qui ne réside pas habituellement chez celui-ci ni chez l'une des personnes à sa charge. Pour que les services soient couverts, il faut que le patient ne soit pas hospitalisé et que les soins donnés soient nécessaires du point de vue médical, qu'ils ne soient pas spécialement dispensés à titre de soins de protection, d'accompagnement, de psychothérapie ou de surveillance et qu'ils relèvent de la compétence de l'infirmière ou de la préposée aux bénéficiaires, jusqu'à concurrence du maximum de frais payables indiqué dans le TABLEAU DES GARANTIES pour chaque personne assurée.

Soins paramédicaux : les services fournis par chaque type de professionnel indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, jusqu'à concurrence du montant maximum payable indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, à condition que ce professionnel exerce dans les limites de sa compétence et qu'il soit membre en règle de son association ou de sa corporation professionnelle et que son association ou sa corporation soit reconnue par l'assureur. À moins d'indication contraire, ces services ne nécessitent pas de recommandation médicale.

Les frais engagés pour des techniques d'imagerie utilisées par un chiropraticien sont couverts, jusqu'à concurrence du montant maximum payable indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Dans la province de l'Ontario, le remboursement des frais engagés auprès d'un podiatre ou d'un podologue s'applique, à compter de la première visite, à la partie des frais qui excède celle qui est couverte en vertu du régime provincial d'assurance maladie, sous réserve du maximum établi par visite. L'assureur exige une preuve attestant que ce maximum par visite a été atteint.

AMBULANCE

Les frais d'une ambulance autorisée servant à transporter la personne assurée par voie terrestre, en cas d'urgence médicale ou dans le cadre d'un traitement reçu à titre de malade hospitalisé :

- 1) à partir de l'endroit où la personne assurée est victime de l'accident ou tombe malade, jusqu'à l'hôpital le plus proche où elle peut obtenir les soins appropriés;
- 2) d'un hôpital à un autre; et
- 3) d'un hôpital au domicile de cette personne lorsque l'état du patient l'exige.

Les frais d'une ambulance autorisée servant à transporter la personne assurée par voie aérienne, en cas d'urgence médicale, à l'hôpital le plus proche où la personne peut obtenir les soins appropriés ou à un autre hôpital lorsque le médecin traitant déclare que le transfert est nécessaire.

AIDE À LA MOBILITÉ

Fauteuil roulant conventionnel : achat ou location, à la discrétion de l'assureur.

Aides à la marche ou béquilles : achat ou location, à la discrétion de l'assureur.

FOURNITURES ORTHOPÉDIQUES

Corset médical : achat, les frais de réparation ne sont pas compris.

Support pour un membre, bandage herniaire et plâtre : achat, les frais de réparation ou de remplacement ne sont pas compris.

Lit d'hôpital conventionnel : achat ou location, à la discrétion de l'assureur.

Chaussures orthopédiques : achat, jusqu'à concurrence de la limite indiquée au TABLEAU DES GARANTIES. Pour être considérées comme orthopédiques, les chaussures doivent être conçues et fabriquées sur mesure pour une personne précise à partir d'un moulage dans le but de corriger un défaut du pied ou être des chaussures ouvertes, évasées, droites ou profondes, ou être nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne. Dans le cas d'une personne assurée qui réside au Québec, elles doivent être fabriquées et facturées par des laboratoires détenant un permis en vertu de la loi sur la protection de la santé publique. Le coût des additions ou modifications faites à des chaussures préfabriquées est également admissible. Les chaussures normales faisant partie de l'inventaire courant sont exclues.

ORTHÈSES ET PROTHÈSES

Dans le cas d'une personne assurée qui réside au Québec, les frais qui sont engagés pour des prothèses ou des orthèses ne sont admissibles que dans les cas où ces articles sont fabriqués et facturés par des laboratoires détenant un permis en vertu d'une loi sur la protection de la santé publique.

Orthèse podiatrique ou support plantaire : achat, jusqu'à concurrence du montant payable indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Membre artificiel : achat, les frais de réparation sont également couverts. Les frais de remplacement sont couverts si le remplacement découle d'un changement physiologique.

Oeil artificiel : achat, y compris le remboursement des frais relatifs à un polissage de l'oeil artificiel ou à une reconfecion par année civile, par personne assurée.

Prothèse auditive : achat, suite à un accident et sur ordonnance écrite d'un oto-rhino-laryngologiste diplômé, jusqu'à concurrence du montant payable indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

ÉQUIPEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Glucomètre ou réflectomètre : achat ou location, sur attestation médicale indiquant que la personne assurée est insulino-dépendante, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 250 \$ par personne assurée pour toute période de 60 mois consécutifs.

Oxygène et matériel nécessaire à son administration : achat ou location du matériel, à la discrétion de l'assureur.

Poumon d'acier : achat ou location, à la discrétion de l'assureur.

Autres équipements thérapeutiques qui sont médicalement nécessaires et destinés à guérir ou à traiter une affection. Cette catégorie d'appareils comprend par exemple les stimulateurs de consolidation de fracture, les pompes à insuline, les appareils d'aérosolthérapie, les respirateurs à pression positive intermittente et les neurostimulateurs T.E.N.S. Les frais admissibles sont limités à ce qui est indiqué ci-dessous :

1) Options 1 et 2 :

Achat ou location, à la discrétion de l'assureur, jusqu'à concurrence d'un montant payable viager de 10 000 \$ par personne assurée.

2) Option 3 :

- a) achat ou location, à la discrétion de l'assureur, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 7 500 \$ par personne assurée, pour toute période de 60 mois consécutifs; et
- b) entretien et fournitures, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 4 000 \$ par année civile, par personne assurée.

FOURNITURES MÉDICALES

Fournitures ayant trait à la colostomie, l'iléostomie et l'urétérostomie : achat.

Bas de contention : achat, à condition qu'ils soient de compression moyenne ou forte (plus de 20mm/Hg) et fournis dans une pharmacie ou dans un établissement médical, jusqu'à concurrence de 12 paires par année civile, par personne assurée.

Stérilet : achat, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 80 \$ par année civile, par personne assurée.

Fournitures pour les paraplégiques : achat, à condition qu'elles soient reconnues nécessaires pour le traitement et l'entretien des paraplégiques.

Cathéter : achat.

Fournitures médicales servant au gavage : achat.

Fournitures médicales nécessaires suite à une trachéotomie : achat.

Lunette opaque nécessaire lors d'un traitement de radiothérapie ou contre le psoriasis : achat.

Vêtements compressifs pour brûlés : achat.

Pansements médicamenteux : achat.

SERVICES DIAGNOSTIQUES

Techniques d'imagerie (incluant les examens aux rayons X, aux ultrasons et par résonance magnétique), à l'exclusion des services reçus à l'hôpital, jusqu'à concurrence du montant payable indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, par personne assurée.

Analyses de laboratoire (incluant les tests de dépistage prénatal), à l'exclusion des services reçus à l'hôpital, jusqu'à concurrence du montant payable indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT

Les services d'un dentiste requis pour la réparation et le remplacement de dents saines par suite d'un coup accidentel reçu sur la bouche pendant que la personne est couverte en vertu de la présente garantie ou d'une garantie comparable en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de la présente garantie. Ces soins dentaires doivent être rendus dans les 12 mois suivant la date de l'accident; sinon, l'assureur exige qu'un plan de traitement détaillé qu'il juge satisfaisant lui soit présenté dans le même délai. L'assureur n'accorde aucun remboursement pour des soins reçus plus de deux ans après la date de l'accident.

SOINS DE LA VUE

Examen de la vue : y compris la vérification de la réfraction oculaire, étant entendu que ces services doivent être rendus par un ophtalmologiste autorisé ou un optométriste diplômé, jusqu'à concurrence du montant payable indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Lunettes et lentilles cornéennes y compris les frais de remplacement, à condition qu'ils soient prescrits par écrit par un ophtalmologiste autorisé ou un optométriste diplômé et fournis par un ophtalmologiste autorisé, un optométriste diplômé ou un opticien autorisé ou les frais relatifs à une chirurgie au laser pour corriger la myopie, l'hypermétropie ou l'astigmatisme, jusqu'à concurrence du montant payable indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

LE SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ

Le service Info Accès-Santé est un service téléphonique offert 24 heures sur 24 qui permet à la personne assurée de pouvoir parler en toute confidentialité avec des professionnels de la santé d'expérience et d'obtenir des renseignements de façon immédiate.

Par l'entremise de ce service téléphonique, la personne assurée peut s'informer sur les questions suivantes :

- la santé;
- la diététique;
- la mise en forme;
- la disponibilité des ressources locales.
- la vaccination;
- le mode de vie;
- la puériculture;

Le service Info Accès-Santé doit être considéré comme un complément de la consultation médicale et du service médical d'urgence (911 ou autre); il ne remplace pas le professionnel de la santé que la personne assurée consulte habituellement ou le service médical d'urgence d'une municipalité.

Ce service d'information peut être utile pour améliorer la qualité de vie de l'adhérent et de ses personnes à charge.

La personne assurée peut communiquer en tout temps avec le service INFO ACCÈS-SANTÉ.

Provenance de l'appel	Numéro à composer
Partout au Canada	1 877 875-2632

FRAIS ADMISSIBLES – ASSURANCE VOYAGE

Lorsqu'une personne assurée doit engager des frais en raison d'une urgence médicale survenant au cours des 180 premiers jours d'un séjour à l'extérieur de sa province de résidence, l'assureur rembourse les frais admissibles conformément aux dispositions indiquées au TABLEAU DES GARANTIES et aux conditions suivantes :

- 1) la personne assurée doit être couverte en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;
- 2) les frais doivent être couverts en vertu de la garantie d'assurance accident-maladie; et
- 3) les frais doivent être reliés à un état de santé stable avant la date de début du voyage.

L'adhérent doit communiquer avec l'assureur si la durée du séjour à l'extérieur de la province de résidence est ou pourrait être supérieure à 180 jours, sans quoi la personne assurée pourrait ne pas être couverte en vertu de l'assurance voyage.

1) Frais médicaux admissibles :

- a) les frais engagés pour des services hospitaliers et ceux engagés pour un séjour dans une chambre à deux lits (semi-privée) dans un hôpital, jusqu'à ce que la personne assurée reçoive son congé de l'hôpital;
- b) les honoraires d'un médecin, d'un chirurgien et d'un anesthésiste;
- c) tous les autres frais admissibles qui sont couverts en vertu de la présente garantie dans la province de résidence habituelle de la personne assurée, sauf les frais admissibles pour les soins hospitaliers et pour les soins à domicile, s'il y a lieu.

2) Frais admissibles de transport :

- a) les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé; le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance; de plus, la personne assurée cesse d'être couverte par l'assurance si elle ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
- b) les frais pour le rapatriement (simultané par rapport à celui du sous-paragraphe précédent) de tout membre de la famille immédiate qui est également assuré en vertu de la police, s'il ne peut revenir à son point de départ par le moyen de transport initialement prévu pour le retour; le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance;
- c) le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié qui n'est ni un membre de la famille immédiate, ni un ami, ni un compagnon de voyage, à condition que la présence d'un tel accompagnateur soit prescrite par le médecin traitant et approuvée par Voyage Assistance;

- d) le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne assurée qui demeure à l'hôpital pendant au moins sept jours (les frais ne seront remboursés que si la personne demeure à l'hôpital au moins sept jours); cette visite n'est cependant pas admissible au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus. Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont également couverts, jusqu'à concurrence de 500 \$. La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant et la visite doit préalablement être approuvée et planifiée par Voyage Assistance;
 - e) les frais de retour du véhicule, si la personne assurée souffre d'une incapacité résultant d'une urgence médicale certifiée par un médecin et qu'elle ne soit pas en état, selon celui-ci, de ramener elle-même son véhicule ou celui qu'elle a loué et qu'aucun membre de la famille immédiate ou compagnon de voyage l'accompagnant ne soit en état de le faire; le retour peut être effectué par une agence commerciale, mais il doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance; le remboursement maximal est de 1 000 \$ par adhérent;
 - f) en cas de décès de la personne assurée, le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement (le voyage doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance); il faut cependant qu'aucun membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage;
 - g) en cas de décès de la personne assurée, les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train), jusqu'à concurrence de 5 000 \$; le coût du cercueil n'est pas inclus dans l'assurance; le retour doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance.
- 3) Frais admissibles de subsistance : le coût des repas et de l'hébergement de la personne assurée qui doit reporter son retour en raison d'une maladie ou d'une blessure corporelle qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, de même que les frais additionnels de garde des enfants qui ne l'accompagnent pas; ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour par adhérent, pendant un maximum de 10 jours; la maladie ou la blessure doit être constatée par un médecin.

- 4) Frais admissibles d'appels interurbains : les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la famille immédiate si la personne assurée est hospitalisée, pourvu qu'aucun frais de transport pour visiter la personne assurée, tel que prévu à la section d) ci-dessus ne soient remboursés et que cette dernière ne soit pas accompagnée par un membre de sa famille immédiate âgé de 18 ans ou plus, jusqu'à concurrence de 50 \$ par jour et d'un maximum global de 200 \$ par période d'hospitalisation.
- 5) Décisions médicales : lorsqu'un médecin ou un autre professionnel de la santé, à l'emploi de Voyage Assistance, lié par contrat à Voyage Assistance ou désigné par ce dernier prend des décisions quant à la nécessité de fournir les services couverts tels qu'ils sont décrits ci-dessus, il s'agit alors de décisions médicales fondées sur des facteurs médicaux qui sont décisives lorsqu'il s'agit de déterminer la nécessité d'offrir ces services.
- 6) Le service Voyage Assistance

Voyage Assistance prend les dispositions nécessaires pour fournir les services suivants à toute personne assurée qui en a besoin :

- a) assistance téléphonique sans frais, 24 heures sur 24;
- b) orientation vers des médecins ou des établissements de santé;
- c) aide pour l'admission à l'hôpital;
- d) avances de fonds à l'hôpital lorsqu'elles sont exigées par l'établissement concerné;
- e) rapatriement de la personne assurée dans sa ville de résidence, dès que son état de santé le permet;
- f) établissement et maintien des contacts avec l'assureur;
- g) règlement des formalités en cas de décès;
- h) rapatriement des enfants de la personne assurée si elle est immobilisée;
- i) envoi d'aide médicale et de médicaments si une personne assurée se trouve trop loin des établissements de santé pour y être transportée;
- j) arrangements nécessaires pour faire venir un membre de la famille immédiate si la personne assurée doit séjourner à l'hôpital au moins sept jours et si le médecin prescrit une telle visite;
- k) en cas de perte ou de vol de papiers d'identité, aide pour se procurer des papiers temporaires afin de poursuivre le voyage;
- l) orientation vers des avocats si des problèmes juridiques surviennent;

- m) service d'interprète lors d'appels d'urgence;
- n) transmission de messages aux proches de la personne assurée en cas d'urgence;
- o) avant le départ, information sur les passeports, les visas et les vaccins requis dans le pays de destination.

En cas d'urgence médicale, la personne assurée peut communiquer immédiatement avec le service VOYAGE ASSISTANCE.

Provenance de l'appel	Numéro à composer
Région de Montréal	(514) 875-9170
Canada et États-Unis	1-800-465-6390 (sans frais)
Ailleurs dans le monde (Excluant les Amériques)	indicatif outre-mer + 800 29485399 (sans frais)
Frais virés (Partout dans le monde)	(514) 875-9170

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

- 1) Aucun remboursement n'est effectué en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :
 - a) les services ou les soins qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer en totalité ou en partie, sauf dans la mesure où il permet un remboursement excédentaire;
 - b) les services, les soins ou les produits que la personne reçoit gratuitement ou qui sont remboursables en vertu d'une loi provinciale ou fédérale, étant entendu que pour une personne qui n'est pas couverte par les lois en question, l'assureur ne rembourse pas les frais qui auraient normalement été couverts par les lois sur l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée;
 - c) les services, les soins ou les produits administrés à des fins expérimentales;
 - d) les frais engagés pour des prothèses implantées chirurgicalement;
 - e) les services, les soins ou les produits fournis à l'adhérent par l'employeur;
 - f) les fauteuils roulants conçus ou adaptés pour permettre la participation à des activités sportives;
 - g) les appareils myoélectriques;

- h) les lits électriques;
- i) les appareils de contrôle tels les stéthoscopes, les sphygmomanomètres ou les autres appareils de même nature ainsi que les accessoires domestiques tels les purificateurs, les humidificateurs, les climatiseurs, les baignoires à remous ou autres appareils de même nature;
- j) les équipements de type « Obus Forme »;
- k) les cours, programmes d'exercices, programmes de conditionnement physique sur appareil ou au sol, bains flottants, bains de boue, bains thérapeutiques, exercices de relaxation, exercices en gymnase, séances d'étirement et renforcement, évaluations posturales et bougies auriculaires;
- l) les couches pour incontinence;
- m) les soins dentaires, sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;
- n) les actes dentaires et les fournitures ayant pour but la restauration de la bouche au complet ainsi que la correction de la dimension verticale ou de toute dysfonction temporo-mandibulaire;
- o) les voyages de santé ou les voyages effectués pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- p) les services, les soins ou les produits non inclus dans la liste des frais admissibles;
- q) les frais admissibles qui découlent directement ou indirectement :
 - i) de dommages corporels que l'assuré s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
 - ii) de soins esthétiques;
 - iii) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel;
 - iv) de toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute loi semblable ou en vertu de tout autre régime public;
 - v) d'une guerre, déclarée ou non, du service actif dans les forces armées d'un pays ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire, sauf s'il agit dans l'exercice de ses fonctions ou en application de la loi (agent de sécurité par exemple);

- vi) du fait pour l'adhérent d'avoir conduit un véhicule motorisé alors qu'il était sous l'influence de stupéfiants ou que la concentration d'alcool dans son sang excédait la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada; les frais admissibles engagés pour une cure de désintoxication et les frais engagés pour l'achat de médicaments que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments couvrirait ne sont pas visés par la présente;
 - r) les frais engagés pour une cure de désintoxication;
 - s) les frais engagés pour le traitement de l'infertilité;
 - t) pour l'option 1, les examens de la vue ou la vérification de la réfraction oculaire;
 - u) pour l'option 1, les lunettes et les lentilles cornéennes, les lunettes de soleil ou les lunettes protectrices et l'ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes;
 - v) pour les options 2 et 3, les lunettes de soleil ou les lunettes protectrices.
- 2) Exclusions applicables aux médicaments

Aucun remboursement n'est effectué en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :

- a) les médicaments, les hormones, les produits et les injections servant au traitement de l'obésité;
- b) les produits anticonceptionnels (gelées et mousses contraceptives et prophylactiques), sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;
- c) les produits suivants, qu'ils soient considérés ou non comme des médicaments :
 - i) les shampooings et les autres produits pour le cuir chevelu, y compris les produits pour la pousse des cheveux;
 - ii) les produits pour soins esthétiques;
 - iii) les cosmétiques;
 - iv) les produits dits naturels et les préparations homéopathiques;
 - v) les écrans solaires;
 - vi) les savons;
 - vii) les laxatifs d'usage courant;

- viii) les antiacides stomacaux d'usage courant;
 - ix) les émoullients épidermiques;
 - x) les désinfectants et les pansements usuels;
 - xi) les eaux minérales;
 - xii) les préparations de lait de toute nature pour bébés;
 - xiii) les protéines ou suppléments diététiques (c'est-à-dire les produits servant de supplément ou de complément à l'alimentation);
- d) les substances utilisées pour injections sclérosantes dans les cas de varicosités, de pinceaux veineux et de dilatation mineure non réellement pathologiques mais considérés comme inesthétiques;
 - e) les produits et les médicaments prescrits pour le traitement de dysfonctions sexuelles;
 - f) les médicaments ou produits antitabac qui ne sont pas couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments ainsi que les frais en excédent du maximum prévu en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments relativement aux médicaments ou produits antitabac;
 - g) les médicaments pour le traitement de l'infertilité sauf ceux couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments.

Les exclusions de la présente garantie ne doivent en aucun cas rendre le régime moins généreux sur le plan des prestations que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments.

3) Restrictions applicables aux médicaments

La quantité des médicaments ou produits achetés ne doit pas dépasser une provision de 60 jours; cette restriction est de 100 jours pour les médicaments d'entretien.

4) Exclusions applicables à l'assurance voyage

La personne assurée doit communiquer immédiatement avec Voyage Assistance lorsqu'elle doit avoir recours à des services médicaux d'urgence qui nécessitent une hospitalisation à l'étranger, sans quoi le remboursement d'une partie des frais engagés admissibles pourrait être réduit ou refusé par l'assureur. Il est aussi entendu que l'assureur n'est pas responsable de la disponibilité ou de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés.

Les exclusions s'appliquant à l'assurance accident-maladie s'appliquent également à la partie assurance voyage de la présente garantie. De plus, l'assureur ne verse aucune des sommes prévues à la partie assurance voyage dans les cas suivants :

- a) si la personne assurée n'est pas couverte en vertu de régimes d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;
- b) si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir des traitements médicaux ou paramédicaux ou des services hospitaliers, même si le voyage a été recommandé par un médecin;
- c) pour une chirurgie ou un traitement, lorsque ceux-ci sont facultatifs ou non urgents, c'est-à-dire qu'ils auraient pu être prodigués dans la province de résidence de la personne assurée sans danger pour sa vie ou sa santé, même si les soins sont prodigués à la suite d'une urgence médicale;
- d) si la personne assurée ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
- e) pour les frais de soins de santé et les frais hospitaliers qui sont engagés pour une personne assurée qui ne peut être rapatriée dans sa province de résidence et qui refuse un traitement médical prescrit par le médecin et approuvé par le Service d'assistance voyage;
- f) pour toute urgence médicale survenue dans un pays ou une région pour lesquels le gouvernement du Canada a émis, avant la date de début du voyage, un des avertissements suivants :
 - i) éviter tout voyage non essentiel; ou
 - ii) éviter tout voyage.

La personne assurée qui se trouve dans le pays ou la région faisant l'objet d'un avertissement émis en cours de voyage n'est pas visée par la présente exclusion. Elle doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter ce pays ou cette région dans les meilleurs délais;

- g) si la personne assurée refuse de divulguer les renseignements nécessaires à l'assureur relativement aux autres régimes d'assurance en vertu desquels elle bénéficie également de garanties d'assurance voyage ou si elle refuse à l'assureur l'utilisation de tels renseignements;
- h) si les frais engagés sont reliés à un état de santé qui n'était pas stable avant la date de début du voyage.

Les prestations d'assurance voyage et d'assistance voyage sont limitées au maximum viager indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

COORDINATION DES PRESTATIONS

La présente garantie est assujettie à la disposition relative à la COORDINATION DES PRESTATIONS de la section DEMANDES DE PRESTATIONS du contrat et aux dispositions ci-dessous.

Le montant total des prestations versées en vertu de la présente garantie et, s'il y a lieu, des garanties ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ADHÉRENT et ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DES PERSONNES À CHARGE du contrat ne peut jamais excéder le montant des frais assurés effectivement engagés.

Si les frais engagés par la personne assurée sont admissibles à un remboursement en vertu de la présente garantie et, s'il y a lieu, des garanties ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ADHÉRENT et ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DES PERSONNES À CHARGE du contrat, le remboursement prévu par les garanties d'assurance MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES doit être effectué en premier lieu, la présente garantie limitant alors la responsabilité de l'assureur au solde des frais admissibles.

FIN DE LA GARANTIE

Cette garantie prend fin à la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge indiqué au TABLEAU DES GARANTIES ou à la première des dates indiquées dans la section CESSATION DE L'ASSURANCE.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE AU DÉCÈS DE L'ADHÉRENT

En cas de décès de l'adhérent, l'ASSURANCE VOYAGE continue de s'appliquer à ses personnes à charge assurées qui sont en voyage à l'extérieur de leur province de résidence au moment dudit décès, cette prolongation se poursuivant, sans paiement de prime, jusqu'à la première des dates suivantes :

- 1) le 31^e jour suivant le décès de l'adhérent;
- 2) la date de la fin du voyage en cours.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

Toute demande de prestations autre que pour des médicaments doit être accompagnée des pièces justificatives appropriées et être adressée à l'assureur à chaque période de 120 jours, dans la mesure où le montant de la demande le justifie et avant la fin d'une période de douze mois consécutifs suivant la date où les frais ont été engagés. De plus, un avis écrit doit être transmis à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent immédiatement la date de tout accident en raison duquel l'adhérent doit soumettre une demande de prestations.

REMBOURSEMENT DES FRAIS DE MÉDICAMENTS

Lorsqu'elle engage des frais de médicaments, la personne assurée doit présenter au pharmacien la carte du service de paiement. Grâce à ce mode de paiement, dit direct, la personne assurée ne paie au pharmacien que la partie non assurée des frais de médicaments qu'elle engage et l'adhérent n'a donc pas à présenter de demandes de remboursement à l'assureur.

ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Année civile désigne la période du 1^{er} janvier au 31 décembre inclusivement.

Dentiste ou chirurgien dentiste désigne une personne autorisée à pratiquer la médecine dentaire, agréée par l'organisme qui a juridiction à l'endroit où elle fournit les services dentaires.

Guide des tarifs désigne le guide des tarifs des actes bucco-dentaires des associations dentaires provinciales utilisé par les praticiens généralistes de la province où réside la personne assurée, pour l'année civile indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

Hygiéniste dentaire désigne une personne autorisée à dispenser des traitements dentaires prophylactiques par une faculté dentaire accréditée.

ADHÉSIONS TARDIVES

L'assureur n'exige pas de preuves d'assurabilité pour la présente garantie, même lorsqu'un adhérent soumet une demande d'adhésion, pour lui-même ou pour ses personnes à charge, plus de 60 jours après la date d'admissibilité applicable. Toutefois, dans tous les cas, l'assureur limite le montant des prestations payables ainsi qu'il est indiqué à l'article RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS de la présente garantie.

OBJET DE LA GARANTIE

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant qu'une personne assurée, alors couverte en vertu de la présente garantie, a engagé des frais admissibles qui étaient nécessaires et qui avaient trait à des services recommandés par un dentiste, l'assureur rembourse la partie de ces frais qui excède la franchise, s'il y en a une, sous réserve du pourcentage de remboursement et des maximums indiqués au TABLEAU DES GARANTIES et conformément aux autres dispositions applicables du contrat.

Pour être admissibles, les soins doivent être :

- 1) dispensés par un dentiste; ou
- 2) dispensés par un hygiéniste dentaire sous la surveillance d'un dentiste; ou
- 3) dispensés par un denturologiste diplômé lorsque ces services sont dans les limites de sa compétence.

Les frais admissibles sont réputés avoir été engagés à la date à laquelle le service a été rendu ou à la date à laquelle les fournitures ont été obtenues. Toutefois, en ce qui concerne un pont, une couronne ou une prothèse, l'assureur considère la date de pose de l'appareil comme étant la date à laquelle les frais ont été engagés, et en ce qui concerne les traitements de canaux, l'assureur considère la date du dernier traitement comme étant la date à laquelle les frais ont été engagés.

DÉBUT DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

Si l'entrée en vigueur de l'assurance d'une personne à charge est retardée parce qu'elle est hospitalisée le jour où l'assurance doit normalement entrer en vigueur, cette personne ne devient assurée que 24 heures après son retour au domicile de l'adhérent. Toutefois, un nouveau-né d'un adhérent dont les personnes à charge sont déjà assurées devient assuré dès sa naissance.

FRANCHISE

La franchise est la partie des frais admissibles que l'adhérent doit payer à chaque année civile avant que la présente garantie ne donne droit à un remboursement. Le montant de la franchise est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT

Tout pourcentage de remboursement indiqué dans le TABLEAU DES GARANTIES est le pourcentage des frais admissibles après application de la franchise qui sera remboursé par l'assureur, en vertu des dispositions de la présente garantie.

FRAIS ADMISSIBLES AU CANADA

SOINS DE PRÉVENTION

EXAMENS

- Examen buccal complet, une fois tous les 24 mois
(codes numéros 01110, 01120 et 01130)
- Examen parodontal complet, une fois tous les 24 mois
(code numéro 01500)
- Examen buccal de rappel, selon la fréquence indiquée au TABLEAU DES GARANTIES
(code numéro 01200)
- Examen buccal de rappel pour les enfants de moins de 10 ans, une fois tous les 12 mois
(code numéro 01250)
- Examen buccal d'aspect particulier, deux fois par année
(code numéro 01400)

- Examen buccal d'urgence, deux fois par année
(code numéro 01300)

RADIOGRAPHIES

- Radiographie panoramique, limitée à une série tous les 24 mois
(code numéro 02600)
- Radiographies intra-orales et radiographies servant à diagnostiquer un symptôme ou à examiner les progrès dans une série de traitements particuliers, limitées selon ce qui est indiqué ci-dessous
(codes numéros 02111, 02112, 02113, 02114, 02115, 02116, 02131, 02132, 02141, 02142, 02143, 02144, 02201, 02202, 02304, 02400 et 02430)
(Le code numéro 02142 est limité à deux fois par année, et les codes numéros 02114, 02115, 02116, 02143, 02144, 02201, 02202, 02304, 02400, 02430 sont limités à une fois tous les 24 mois)

TESTS ET EXAMENS DE LABORATOIRE

- Cultures/frotis bactériologiques pour la détermination d'agents pathologiques
(code numéro 04100)
- Biopsies
(codes numéros 04302, 04311 et 04312)
- Test cytologique
(code numéro 04401)
- Modèles de diagnostic
(code numéro 04510)

SERVICES DE PRÉVENTION

- Polissage, selon la fréquence indiquée au TABLEAU DES GARANTIES
(codes numéros 11100, 11200 et 11300)
- Application topique de fluorure, pour les enfants âgés de moins de seize ans : selon la fréquence indiquée au TABLEAU DES GARANTIES
(code numéro 12400)
- Conseils d'hygiène buccale, limités à une fois tous les 24 mois
(code numéro 13200)
- Scellants de puits et fissures, pour les enfants âgés de moins de seize ans
(codes numéros 13401 et 13404)
- Meulage interproximal, pour les enfants âgés de moins de seize ans, limité à deux fois par année
(code numéro 13700)

- Améloplastie
(code numéro 13710)

SOINS DE BASE, ENDODONTIE ET PARODONTIE

RESTAURATION

- Amalgame (argent)
(codes numéros 21101 à 21105, 21121 à 21125, 21211 à 21215, 21221 à 21225, 21231 à 21235, 21241 à 21245)
- Restaurations en composite
(codes numéros 23111 à 23118, 23122, 23211 à 23225, 23221 à 23225, 23311 à 23315 et 23411 à 23415)
- Tenons de rétention pour restauration en amalgame ou en composite
(codes numéros 21301 à 21304)
- Couronnes préfabriquées en acier inoxydable et en polycarbonate, limitées à une fois par période de 12 mois
(codes numéros 22211, 22311, 22401, 22411, 22501 et 22511)
- Carie / trauma / contrôle de la douleur, acte distinct d'une restauration
(codes numéros 20111, 20121 et 20131)

ENDODONTIE

- Traitement d'une maladie de la chambre pulpaire et des canaux dentaires (traitement de canal)
(codes numéros 32210, 33100 à 33543, 34101 à 34402, 34451, 34452, 34453, 39110, 39230, 39981 et 39985)

PARODONTIE

- Urgence parodontale
(codes numéros 41200 et 41300)
- Traitements parodontaux d'appoint
(codes numéros 42003, 42010, 42100, 42200, 42300, 42330 à 42700 et 43200 à 43260)
- Curetage dispensé par un dentiste, une fois par période de 12 mois pour une même dent
(codes numéros 42000 et 42001)
- Détartrage à des fins thérapeutiques, limité à 12 unités de temps par année civile
(codes numéros 43411 à 43419)
- Appareil parodontal pour contrôler uniquement le bruxisme, limité à une fois par période de 24 mois
(codes numéros 43611 et 43612)

CHIRURGIE BUCCALE

- Extractions - sans complications et complexes
(codes numéros 71101 à 72240)
- Ablation de racines résiduelles
(codes numéros 72300 à 72320)
- Exposition chirurgicale des dents, déplacement chirurgical d'une dent et énucléation
(codes numéros 72410 à 72450)
- Actes chirurgicaux divers
(codes numéros 73020 et 73110 à 79602)

SOINS DE RESTAURATION MAJEURE

PROTHÈSES

Les frais d'une prothèse dentaire permanente initiale (telle que pont fixe, prothèse amovible partielle ou complète) sont couverts si l'achat est rendu nécessaire en raison de l'extraction d'au moins une dent naturelle pendant que la personne est couverte en vertu de la présente garantie ou d'une garantie comparable détenue par le preneur en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de la présente garantie.

Les frais de remplacement d'une prothèse dentaire (telle que pont fixe, prothèse amovible partielle ou complète) déjà en place par une prothèse permanente sont couverts si :

- a) le remplacement est rendu nécessaire en raison de l'extraction d'au moins une dent naturelle pendant que la personne est couverte en vertu de la présente garantie ou d'une garantie comparable en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de la présente garantie, ou
- b) la prothèse déjà en place date d'au moins cinq ans, ou
- c) la prothèse déjà en place est temporaire et est remplacée par une prothèse permanente dans les douze mois suivant la date de l'installation de la prothèse temporaire. En ce qui concerne le remboursement de la prothèse permanente qui remplace la prothèse temporaire, le montant de remboursement est réduit du montant déjà remboursé par l'assureur pour la prothèse temporaire.

Une prothèse temporaire qui date d'au moins 12 mois est considérée comme une prothèse permanente pour les fins d'application de cette clause.

PROTHÈSES AMOVIBLES

- Prothèses complètes
(codes numéros 51100 à 51713)
- Prothèses partielles
(codes numéros 52101 à 52232, 52400 à 52702 et 53131 à 53223)
- Ajustements, réparations, rebasage, regarnissage
(codes numéros 54250 à 56232 et 56260 à 56273)

PROTHÈSES FIXES (PONTS)

- Piliers et pontiques
(codes numéros 62000 à 62510, 62801 à 66601, 66620 à 66723, 67100, 67200 à 67410 et 67600 à 67723)

AUTRES RESTAURATIONS SIMPLES

- Recouvrements, facettes, incrustations et couronnes
(codes numéros 23121, 25100 à 25500, 25521, 27100 à 27401, 27640 à 27712, 29100, 29300, 29501 à 29503 et 29600)
 - a) pour une dent qui est fracturée en raison de caries ou d'une blessure traumatique et qui ne peut être traitée au moyen d'une obturation en amalgame ou en composite
 - b) les couronnes de transition sont considérées comme faisant partie de la restauration finale
 - c) les frais de remplacement de facette, incrustation, recouvrement et couronne en place sont couverts si ceux-ci datent d'au moins cinq ans
 - d) ne sont remboursables que les couronnes en métal sur les molaires
- pivots préfabriqués
(codes numéros 25751 à 25753)

Note : Les codes énumérés ci-dessus sont ceux de la nomenclature des actes bucco-dentaires de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ).

SOINS ORTHODONTIQUES

Si une personne engage des frais admissibles, pendant qu'elle est assurée en vertu de la présente garantie, relativement à des soins dentaires nécessaires ayant pour but la correction de la malocclusion des dents, selon la liste des services qui suit, l'assureur rembourse ces frais conformément aux dispositions du contrat et sous réserve des conditions et maximums indiqués au TABLEAU DES GARANTIES.

- les services fournis aux fins de diagnostic
- les traitements orthodontiques préventifs
- les traitements orthodontiques complets
- les appareils de contrôle des habitudes buccales

FRAIS ADMISSIBLES HORS DU CANADA

L'assureur ne rembourse les frais engagés pour des soins dentaires reçus lors d'un voyage à l'extérieur du Canada que dans la mesure où ce remboursement aurait été effectué en vertu de la présente garantie si ces soins avaient été administrés dans la province de résidence habituelle de la personne assurée et à condition qu'il s'agisse de soins d'urgence.

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

Dans le cas d'une demande d'adhésion tardive pour l'adhérent ou ses personnes à charge ainsi qu'il est indiqué à la partie ADHÉSION TARDIVE de la présente garantie, le remboursement des frais de soins dentaires est limité à 200 \$ par personne assurée pendant les 12 premiers mois d'assurance et aucun remboursement n'est effectué relativement aux soins orthodontiques pendant les 24 premiers mois d'assurance.

Aucun remboursement n'est effectué relativement à toute partie des frais engagés excédant les frais suggérés dans le guide des tarifs approprié ainsi qu'il est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES. Lorsque deux ou plusieurs traitements sont disponibles pour corriger adéquatement une condition dentaire, ce régime remboursera le traitement le moins coûteux qui donne un résultat approprié du point de vue professionnel.

Le remboursement des frais de laboratoire est limité aux frais de laboratoire raisonnables et habituels de la localité où les services sont rendus. Toutefois, le remboursement total des frais de laboratoire ne doit en aucun cas dépasser 50 % des frais suggérés dans le guide des tarifs approprié ainsi qu'il est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES pour le traitement dentaire précis nécessitant des services de laboratoire.

L'assureur n'effectue aucun remboursement en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :

- 1) les soins dentaires reçus à des fins esthétiques lorsque la forme et la fonction des dents sont satisfaisantes et qu'aucun état pathologique n'existe;
- 2) les frais engagés relativement à l'analyse de la diète et aux recommandations et au programme de contrôle de la plaque dentaire;
- 3) les frais engagés pour des soins, des fournitures dentaires, y compris les radiographies, visant la reconstruction de la bouche entière, la correction de l'espace vertical, la restauration de l'occlusion ou la correction du dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire, ou pour un jumelage permanent des dents;
- 4) les frais imposés par un dentiste pour les rendez-vous auxquels la personne assurée néglige de se présenter et les frais engagés pour faire remplir des demandes de remboursement ou pour les consultations par téléphone;
- 5) les frais engagés pour des cultures/frottis bactériologiques suivis d'un traitement par Chlorzoïn;
- 6) les frais engagés pour des implants;
- 7) les frais engagés pour des duplicatas de modèles de diagnostic (non montés);
- 8) les frais engagés pour des anesthésies par acupuncture;
- 9) les soins dentaires qui ne sont pas encore approuvés par l'Association dentaire canadienne ou qui sont dispensés à des fins expérimentales seulement;
- 10) les services, soins ou produits dentaires que la personne a reçus gratuitement ou qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer;
- 11) les services, les soins ou les produits fournis à l'adhérent par l'employeur;
- 12) tout traitement reçu en dehors du Canada, sauf les soins d'urgence prévus dans la disposition relative aux FRAIS ADMISSIBLES HORS DU CANADA;
- 13) les services et fournitures dentaires non inclus dans la liste des frais admissibles;
- 14) les frais admissibles qui découlent directement ou indirectement :
 - a) des dommages corporels que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
 - b) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel;

- c) de toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable ou de tout autre régime public;
- d) d'une guerre, déclarée ou non, du service actif dans les forces armées d'un pays, ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire, sauf s'il agit dans l'exercice de ses fonctions ou en application de la loi (agent de sécurité par exemple).

EXCLUSIONS AFFÉRENTES AUX PROTHÈSES ET AUX COURONNES

L'assureur n'effectue aucun remboursement en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :

- 1) les frais relatifs au remplacement de prothèses et d'appareils perdus, égarés ou volés;
- 2) les prothèses avec des attaches de précision ou des rupteurs de force;
- 3) les attaches de précision et les couronnes télescopiques pour les ponts fixes;
- 4) les chapes de transfert pour une couronne.

EXCLUSIONS AFFÉRENTES AUX TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES

L'assureur n'effectue aucun remboursement en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :

- 1) la thérapie myofonctionnelle;
- 2) le remplacement ou la réparation d'un appareil orthodontique;
- 3) la motivation du patient (approche psychologique et évaluation de la progression, par visite);
- 4) un acte nécessitant la mise en bouche d'un appareil orthodontique ajustable avant que la personne assurée ne devienne couverte en vertu de la présente garantie.

COORDINATION DES PRESTATIONS

La présente garantie est assujettie à la disposition relative à la COORDINATION DES PRESTATIONS de la section DEMANDES DE PRESTATIONS du contrat.

ÉVALUATION PRÉALABLE DES PRESTATIONS

Lorsque le coût global estimatif d'une série proposée de soins dentaires pour une personne assurée dépasse 500 \$, il est conseillé à l'adhérent de présenter un plan de traitement détaillé à l'assureur avant le commencement de ce traitement. L'assureur informe alors l'adhérent du remboursement auquel il a droit conformément aux dispositions du contrat. Le plan de traitement doit indiquer le type de soins à fournir, les dates prévues de la série de soins et les sommes exigées pour chaque soin.

Le plan de traitement présenté doit être mis à exécution par le dentiste qui l'a d'abord élaboré, sinon l'adhérent devra présenter un nouveau plan de traitement à l'assureur en vue d'une nouvelle évaluation.

FIN DE LA GARANTIE

Cette garantie prend fin à la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge indiqué au TABLEAU DES GARANTIES ou à la première des dates indiquées dans la partie CESSATION DE L'ASSURANCE DE L'ADHÉRENT.

Les frais engagés après la date de cessation de l'assurance de l'adhérent ne sont pas remboursables, même si la personne assurée a présenté un plan de traitement détaillé en vertu de la disposition relative à l'ÉVALUATION PRÉALABLE DES PRESTATIONS et que l'assureur a fixé les versements avant ladite date de cessation.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

Pour le remboursement de frais dentaires dans le cas d'une personne assurée qui réside au Québec, la personne assurée doit présenter au dentiste participant la carte d'assurance maladie gouvernementale et la carte de paiement. Un simple appel téléphonique permet au dentiste de valider la carte de paiement, de confirmer que les soins dispensés ou prescrits sont assurés et d'obtenir la confirmation du montant que l'assureur lui paiera directement et celui que la personne assurée doit déboursier. Le dentiste soumet lui-même la demande de prestations au fournisseur de la carte de paiement et en remet une copie à la personne assurée, qui débourse uniquement la partie non assurée des frais dentaires engagés. Dans le cas d'un dentiste non participant, la personne assurée doit déboursier la totalité des honoraires pour les traitements reçus et l'adhérent doit soumettre une demande de prestations à l'assureur.

Pour une personne assurée qui réside à l'extérieur du Québec ou si le dentiste utilise le système d'échange électronique de données (EDI), l'adhérent n'a pas à présenter de demande à l'assureur pour obtenir son remboursement. EDI permet au dentiste de valider l'admissibilité de la personne assurée, de confirmer que les soins dispensés ou prescrits sont assurés et d'obtenir la confirmation du montant que l'assureur remboursera directement à l'adhérent, ou au dentiste, et celui que la personne assurée devra assumer. Le dentiste soumet lui-même la demande de prestations via EDI et remet une copie de la confirmation à la personne assurée. Dans le cas d'un dentiste qui n'utilise pas le système d'échange électronique de données (EDI), l'adhérent doit soumettre une demande de prestations à l'assureur.

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces justificatives et être adressées à l'assureur à chaque période de 120 jours, dans la mesure où le montant de la demande le justifie et avant la fin d'une période de 12 mois consécutifs suivant la date où les frais ont été engagés.

L'assureur se réserve le droit de demander des radiographies et d'autres types de diagnostics comme des rapports de spécialiste, des graphiques périodontiques et des modèles d'étude.

REMBOURSEMENT DES FRAIS AFFÉRENTS AUX SOINS ORTHODONTIQUES

Nonobstant toute disposition contraire du contrat figurant dans la partie DEMANDES DE PRESTATIONS, le remboursement des frais afférents aux soins orthodontiques a lieu selon l'une des modalités suivantes :

- 1) si une somme forfaitaire a été fixée pour toute la série de soins et que la personne assurée paie cette somme à l'orthodontiste en versements convenus, échelonnés selon la durée prévue des soins ou en une somme unique, l'assureur rembourse l'adhérent chaque fois que ce dernier lui présente une attestation, une facture ou un reçu spécifiant le montant des frais chargés, la date et la nature des soins reçus;
- 2) si, au lieu d'une somme forfaitaire, les services sont facturés au fur et à mesure qu'ils sont fournis, l'assureur rembourse l'adhérent chaque fois qu'il lui présente une demande de prestations.

COMPTE DE DÉPENSES DE FRAIS DE SANTÉ (CDFS)

DESCRIPTION DU CDFS

Tous les ans au début de l'année de régime CDFS, une somme d'argent déterminée, indiquée au Tableau des garanties sous Montant de crédit alloué, est mise de côté par l'employeur pour financer (créditer) le CDFS de l'employé. Le montant alloué aux nouveaux employés est proportionnel au nombre de mois de service à partir de la fin du délai d'admissibilité jusqu'à la fin de l'année de régime CDFS.

Les employés admissibles peuvent utiliser le CDFS pour payer un certain nombre de frais reliés aux soins de la santé, pour eux-mêmes et leurs personnes à charge admissibles, qui ne sont pas couverts ou qui dépassent les maximums alloués par le contrat. Deux conditions s'appliquent : les frais relatifs aux soins de santé doivent être permis par l'Agence du revenu du Canada (ARC) et ne doivent pas être couverts, ou le montant couvert doit dépasser le maximum alloué en vertu de tout régime d'assurance privé, collectif ou public.

Tous les frais admissibles, en ce qui concerne les employés admissibles et leurs personnes à charge admissibles, seront déterminés et remboursés aux employés par Desjardins Sécurité financière, agissant au nom de l'employeur, jusqu'à concurrence du maximum déposé dans le CDFS. La somme remboursée pour les frais admissibles soumis sera déduite (débitée) du solde du CDFS.

ADMISSIBILITÉ

Les employés admissibles sont les employés qui sont assurés en vertu du contrat d'assurance collective pour au moins l'une ou l'autre des garanties d'assurance accident-maladie ou d'assurance frais dentaires, et qui sont couverts par leur régime provincial d'assurance maladie.

Les personnes à charge admissibles sont le conjoint et les enfants de l'employé qui sont admissibles en vertu du contrat d'assurance collective.

CRÉDITS CDFS

Chaque année, l'employeur versera au CDFS de l'employé le montant qui figure au Tableau des garanties sous Montant de crédit alloué.

Report de crédit

Au cours de l'année de régime CDFS, le CDFS de l'employé sera débité de tout montant remboursé du compte, conformément aux dispositions du compte. À la fin de l'année de régime CDFS, le solde non utilisé (crédits) sera reporté à l'année de régime CDFS suivante seulement.

Les crédits non utilisés de l'année de régime CDFS précédente seront utilisés les premiers pour payer des frais admissibles engagés au cours de l'année de régime CDFS courante.

Les crédits de l'année de régime CDFS courante seront utilisés lorsque ceux de l'année de régime CDFS précédente seront épuisés.

Si, au cours de l'année de régime CDFS courante, les demandes de remboursement dépassent le montant des crédits dans le CDFS, l'employé ne pourra pas reporter les demandes de remboursement à l'année de régime CDFS suivante pour ce qui est des frais qui ne sont pas remboursés dans l'année de régime CDFS courante.

À la fin de la deuxième année de régime CDFS, l'employé perdra toute partie non utilisée du dépôt de l'année précédente car le solde du compte ne peut être reporté que d'une année seulement.

CDFS – FRAIS ADMISSIBLES

Les employés peuvent utiliser le CDFS pour payer tous les frais relatifs aux soins de santé qui sont admissibles à un crédit d'impôt pour frais médicaux en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu.

L'ordonnance d'un médecin ou d'un autre praticien est requise pour la plupart des frais. Certaines conditions ou limites peuvent s'appliquer.

L'ARC révisé périodiquement les dispositions relatives au Crédit d'impôt pour frais médicaux et en conséquence, les renseignements fournis dans ce régime CDFS peuvent aussi changer. Desjardins Sécurité financière administrera en tout temps le CDFS conformément aux dispositions requises par l'ARC.

Vous pouvez obtenir une copie de la liste courante complète des frais médicaux admissibles en communiquant avec l'Agence du revenu du Canada au 1-800-959-8281 ou en visitant le site Internet à www.cra-arc.gc.ca sous Formulaires et publications, cherchez IT519R2.

DEMANDES DE REMBOURSEMENT

Sur réception d'une preuve satisfaisante qu'une personne admissible a engagé des frais admissibles alors qu'elle est couverte en vertu du CDFS, Desjardins Sécurité financière remboursera les frais jusqu'à concurrence du maximum disponible dans le CDFS de l'employé. Desjardins Sécurité financière n'est pas responsable de tout montant qui excède la somme indiquée au Tableau des garanties.

Les frais admissibles sont considérés comme ayant été engagés à la date où le service ou la fourniture a été fourni.

Les demandes de remboursement doivent être soumises dans l'année de régime CDFS où les frais admissibles ont été engagés. Les frais admissibles doivent être soumis au plus tard le 31 mars qui suit la fin de l'année de régime CDFS, sinon ils ne seront plus admissibles au remboursement en vertu du CDFS.

ORDRE DE SOUMISSION DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT ET COORDINATION DES PRESTATIONS

Pour être admissible à un remboursement en vertu du CDFS, la Loi de l'impôt sur le revenu stipule que les frais ne doivent pas être couverts en vertu de tout autre régime d'assurance privé, collectif ou public ou que le montant couvert doit dépasser le maximum permis en vertu de ces régimes.

Pour obtenir la meilleure valeur du CDFS, il est recommandé de soumettre les demandes de remboursement dans l'ordre suivant :

- 1) Soumettre les demandes de remboursement par l'intermédiaire du régime en vertu duquel vous êtes couvert en tant qu'employé. La même procédure s'applique à votre conjoint. Les demandes de remboursement pour les enfants à charge doivent d'abord être soumises au régime du parent qui a une assurance pour enfants à charge. Si les deux parents ont une telle protection, les demandes de remboursement doivent être soumises au régime du parent dont l'anniversaire de naissance tombe en premier dans l'année civile.
- 2) Tout solde restant est soumis au régime du conjoint pour une coordination des prestations.
- 3) Tout solde impayé restant est soumis au CDFS.

De même, lorsqu'un employé soumet une demande de remboursement de frais médicaux ou dentaires couverts en vertu du régime d'assurance collective de l'employé associé au CDFS, Desjardins Sécurité financière paiera tout montant qui n'est pas couvert en vertu de la police d'assurance collective à même le CDFS de l'employé à moins d'indication contraire sur le formulaire de demande de remboursement soumis par l'employé.

Les prestations payables en provenance de toutes les sources ne peuvent jamais dépasser 100 % des frais engagés.

Les reçus originaux seront requis à moins que la demande de remboursement n'ait été pour des frais partiellement payés par un autre régime. Dans ce cas, le relevé de prestations (généralement joint au talon du chèque) doit être soumis.

RÉSILIATION DE LA PROTECTION

La protection en vertu du CDFS prend fin à la date à laquelle les garanties en vertu de la police d'assurance collective prennent fin.

La protection est suspendue en cas de mise à pied, grève ou congés durant lesquels les garanties d'assurance ne sont pas maintenues. Toutefois, les soldes non utilisés du CDFS sont réactivés si l'employé retourne au travail au cours de la même année de régime CDFS.

Aucun remboursement n'est payable pour des frais engagés après la date de résiliation de la protection.

Les frais engagés doivent être soumis dans les 30 jours qui suivent la date de la résiliation de la protection.

CESSATION D'EMPLOI

Lors de la cessation d'emploi, seuls les frais admissibles engagés avant la date de cessation peuvent être soumis en vertu du CDFS. Tout solde restant sera perdu. Les frais doivent être soumis dans les 90 jours qui suivent la date de cessation d'emploi mais en aucun cas, plus de 30 jours suivant la fin de l'année de régime CDFS au cours de laquelle la cessation a eu lieu.

Réembauche

Lors d'une réembauche au cours de la même année de régime CDFS que l'année de la cessation d'emploi, les crédits non utilisés du CDFS seront réactivés. Aucun crédit proportionnel ne sera alloué, même si le solde du CDFS était nul à la date de cessation. Un employé réembauché n'aura pas droit à un crédit annuel supérieur au montant du crédit prédéterminé pour la même année de régime CDFS.

RETRAITE

À la retraite, tout solde qui reste dans le compte de l'employé pour l'année de régime CDFS courante peut seulement être utilisé pour payer les frais admissibles engagés avant la date de la retraite.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE APRÈS LE DÉCÈS DE L'EMPLOYÉ

Lors du décès de l'employé, tous les frais admissibles engagés avant le décès de l'employé doivent être soumis par les personnes à charge de l'employé ou ses représentants légaux avant la fin de l'année de régime. Le solde de crédits restant, le cas échéant, peut être utilisé pour payer les frais admissibles engagés par les personnes à charge au cours de cette même année de régime.

STATUT FISCAL

1) Agence du revenu du Canada (tous les employés)

Les demandes de remboursement payées à l'aide du CDFS sont considérées comme un revenu non imposable. Toutefois, les frais reliés aux soins de santé payés à l'aide du CDFS de l'employé ne peuvent pas être inclus dans le calcul du crédit d'impôt de l'employé pour frais médicaux.

2) Ministère du Revenu du Québec (employés du Québec seulement)

Les demandes de remboursement payées à l'aide du CDFS sont considérées comme un revenu imposable. Les frais d'administration, les taxes de vente et la taxe sur l'assurance sont également ajoutés au revenu imposable de l'employé.

Le revenu imposable total figurera sur le feuillet RL-1 de l'employé de l'année au cours de laquelle la demande de remboursement a été payée. Le revenu imposable des demandes de remboursement soumises après le 31 décembre de l'année au cours de laquelle les frais médicaux ont été engagés, sera inclus sur le feuillet RL-1 de l'employé de l'année suivante.

Le montant total peut être inclus dans le calcul du crédit d'impôt pour frais médicaux de l'employé.

| VANCOUVER

| CALGARY

| WINNIPEG

| TORONTO

| OTTAWA

| MONTRÉAL

| QUÉBEC

| HALFAX

Notre engagement envers nos adhérents

En tant qu'adhérent, vous avez droit à notre attention, à notre respect et à notre disponibilité. Vous pouvez compter sur l'engagement de notre équipe à traiter vos demandes avec objectivité et diligence afin de toujours bien vous servir.

Desjardins Sécurité financière place les besoins de ses adhérents au centre de ses préoccupations. Votre sécurité financière nous est primordiale. Ainsi, nous sommes en mesure d'apporter un soutien financier en cas de maladie, d'accident ou de décès.

La présente brochure donne un aperçu de nos obligations financières envers vous.



Desjardins
Sécurité financière™

Conjuguer avoirs et êtres

www.dsf.ca