



Votre régime d'assurance collective



VIDÉOTRON

Police n° 888142

Syndiqués de Chicoutimi et Québec



Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

Votre régime d'assurance collective

**QUÉBECOR MÉDIA INC.
ET SA FILIALE VIDÉOTRON LTÉE**

Police n° 888142

Syndiqués de Chicoutimi et Québec

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de votre police d'assurance collective. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

Brochure publiée le 16 octobre 2025

TABLE DES MATIÈRES

CATÉGORIES	1
TABLEAU DES GARANTIES	2
DÉFINITIONS	14
ADMISSIBILITÉ	18
PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE ET EXONÉRATION DES PRIMES	20
CESSATION DE L'ASSURANCE	24
DEMANDES DE PRESTATIONS	25
ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT	27
ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE	32
ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ADHÉRENT	34
ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE DE L'ADHÉRENT	45
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT	53
ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE	59
ASSURANCE FRAIS DENTAIRE	83
BON À SAVOIR	96

CATÉGORIES

<u>Catégorie</u>	<u>Description de la catégorie</u>
103	Vidéotron Ltée – Syndiqués de Chicoutimi
203	Vidéotron Ltée – Syndiqués de Québec
303	Vidéotron Ltée – Syndiqués de Québec et Chicoutimi (moins de 21 heures par semaine)

TABLEAU DES GARANTIES

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Adhésion :

Obligatoire

**Conditions
d'admissibilité**

**Nombre d'heures
travaillées par
semaine :**

Catégories 103 et 203 :

- un minimum de 25 heures par semaine pour un employé permanent à temps plein
- un minimum de 21 heures par semaine pour un employé permanent à temps partiel dans les 12 mois précédant la vérification

Catégorie 303 :

- une moyenne de 21 heures par semaine pour un employé permanent à temps partiel dans les 12 mois précédant la vérification
- moins de 21 heures par semaine par la suite

Délai d'admissibilité :

Catégories 103 et 203 :

La date à laquelle l'employé à temps plein ou à temps partiel a complété 825 heures travaillées.

Catégorie 303 :

La date à laquelle l'employé a complété 12 mois de service continu pour l'employeur.

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 de base des personnes à charge;
- assurance mort et mutilation accidentelles de l'adhérent;
- assurance salaire de courte durée de l'adhérent;
- assurance salaire de longue durée de l'adhérent;
- assurance accident-maladie;
- assurance frais dentaires.

Début de l'exonération :

Catégories 103 et 203 : À la fin du délai de carence prévu en vertu de la garantie d'assurance salaire de longue durée de l'adhérent.

Catégorie 303 : Après 119 jours d'invalidité totale.

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

TOUTES LES CATÉGORIES

Montant de l'assurance :

Pour les adhérents sans personne à charge :

* 1,5 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 1 297 000 \$.

Pour les adhérents avec personnes à charge :

* 3 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 1 297 000 \$.

Maximum sans preuves d'assurabilité :

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 :

À la retraite de l'adhérent.

ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE

TOUTES LES CATÉGORIES

Montant de l'assurance :	Conjoint : 5 000 \$ Chaque enfant : 2 000 \$
Début de l'assurance du nouveau-né :	Dès la naissance
<u>Fin de la garantie</u>	
Âge limite :	À la retraite de l'adhérent.

ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ADHÉRENT

CATÉGORIES 103 et 203

**Montant de
l'assurance :**

**Pour les adhérents avec une protection
individuelle :**

* 1,5 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 1 297 000 \$.

**Pour les adhérents avec une protection
couple, monoparentale et familiale :**

* 3 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 1 297 000 \$.

*** 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, selon la première éventualité.

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE DE L'ADHÉRENT

CATÉGORIES 103 ET 203

Pourcentage et maximum des prestations :

70 % du revenu hebdomadaire brut, arrondi au prochain multiple de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un.

Intégration à l'assurance emploi :

Aucune

Délai de carence :

0 jours ouvrables selon l'horaire de travail de l'adhérent en cas d'accident
3 jours ouvrables selon l'horaire de travail de l'adhérent en cas de maladie
3 jours ouvrables selon l'horaire de travail de l'adhérent en cas d'hospitalisation

Base de paiement :

Jours ouvrables selon l'horaire de travail.

Durée maximale des prestations :

182 jours (civils)

Imposition des prestations :

Imposables

Cessation du versement des prestations

Âge limite :

La date de la retraite.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT

CATÉGORIES 103 ET 203

Pourcentage et maximum des prestations :

55 % des premiers 1 250 \$ du revenu mensuel, plus 45 % des 2 000 \$ suivants et 40 % de l'excédent, arrondi au prochain multiple de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un, jusqu'à concurrence de 12 000 \$.

Délai de carence :

26 semaines ou la fin de la période maximale de prestations d'assurance salaire de courte durée.

Période maximale des prestations :

Jusqu'au dernier jour du mois qui suit le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent.

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, selon la première éventualité.

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE

TOUTES LES CATÉGORIES

Montant de la franchise

Pour tous les frais : Aucune

Carte de paiement pour les médicaments : Carte de paiement direct

Pourcentage de remboursement

Médicaments :

- 1) Médicaments génériques : 90 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché
- 2) Médicaments de marque :
 - 90 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché
 - 90 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché

Frais d'hospitalisation : 100 %

Malade dirigé : 100 %

Assurance voyage : 100 %

Chaussures orthopédiques : 75 %

Chaussures profondes : 100 %

Services paramédicaux : 90 %

SOINS DE LA VUE

• Examens de la vue : 100 %

• Lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie : 100 %

Pour tous les autres frais : 100 %

**Limite des frais
admissibles**

Médicaments :

Frais usuels et raisonnables

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

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

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

Institution reconnue pour le traitement des maladies chroniques : Le coût d'une chambre à deux lits (semi-privée) pour chaque jour d'hospitalisation, à raison d'un maximum de 180 jours par année civile.

Maison de convalescence : Le coût d'une chambre à deux lits (semi-privée) pour chaque jour d'hospitalisation, à raison d'un maximum de 180 jours par invalidité.

**Malade dirigé et
Assurance voyage :**

Jusqu'à concurrence d'un maximum payable combiné de 1 000 000 \$ par personne assurée, par événement.

Soins infirmiers :

Illimité

**Services
paramédicaux :**

Montant payable de 750 \$, par année civile par personne assurée, pour l'ensemble des spécialistes :

- chiropraticien (incluant les radiographies)
- diététiste ou nutritionniste
- massothérapeute, orthothérapeute ou kinésithérapeute
- naturopathe
- ostéopathe (incluant les radiographies)

Montant payable de 750 \$ par année civile par personne assurée pour les catégories de spécialistes suivantes :

- physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique*
- podiatre ou podologue* (incluant les radiographies)

* Le maximum indiqué s'applique à l'ensemble des frais engagés auprès de l'un ou l'autre des spécialistes de la catégorie.

Montant payable de 1 750 \$, par année civile par personne assurée, pour l'ensemble des spécialistes :

- psychologue, travailleur social, psychiatre, psychoéducateur ou psychothérapeute

Les services des spécialistes suivants sont également couverts :

- audiologiste
- ergothérapeute
- orthophoniste

Techniques d'imagerie utilisées par un chiropraticien, un ostéopathe, un podiatre ou un podologue :

Montant payable de 40 \$ par année civile, par personne assurée pour l'ensemble de ces spécialités.

Orthèse podiatrique ou support plantaire :

Illimité

Prothèse auditive :

Montant payable de 300 \$ par personne assurée pour toute période de 3 années consécutives.

SOINS DE LA VUE

- **Examens de la vue :**

Montant payable de 80 \$ par personne assurée par période de 24 mois consécutifs.

- **Lunettes et lentilles cornéennes :**

Lunettes : montant payable de 150 \$ par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs.

Lentilles cornéennes : montant payable de 225 \$ par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs.

- **Chirurgie oculaire réfractive pratiquée par un ophtalmologiste :**

Montant payable viager de 250 \$ pour les deux yeux.

Fin de la garantie

Âge limite :

La date de la retraite.

ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

TOUTES LES CATÉGORIES

Année du guide des tarifs dentaires :

Année courante

Montant de la franchise :

35 \$ par personne assurée, jusqu'à concurrence de 35 \$ par famille, par année civile.

La franchise s'applique aux soins de restauration majeure seulement.

Pourcentage de remboursement

Soins de prévention :

100 %

Soins de base, d'endodontie et de parodontie :

100 %

Soins de restauration majeure :

75 %

Soins orthodontiques :

30 % Frais admissibles seulement dans le cas des enfants de moins de 18 ans.

Montant maximum payable :

- 1 000 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble des soins de prévention, de base, d'endodontie et de parodontie.
- 1 000 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble des soins de restauration majeure.
- Maximum viager de 1 500 \$ par personne assurée pour l'ensemble des soins orthodontiques.

Carte de paiement (incluant l'échange électronique de données EDI) :

Oui

Fin de la garantie

Âge limite :

La date de la retraite.

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.

Blessure accidentelle désigne une lésion corporelle accidentelle qui est subie pendant que la protection est en vigueur, qui résulte directement et exclusivement d'une cause externe, soudaine, violente et involontaire, qui est indépendante de toute maladie et qui nécessite les soins d'un médecin ou d'un spécialiste approprié dans les trente jours qui suivent l'événement.

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.

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

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.

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 l'état d'un participant qui est physiquement et mentalement capable d'effectuer tous et chacun des travaux relatifs à son emploi et qui est effectivement au travail sur une base permanente et à plein temps selon un horaire prévoyant au moins 25 heures de travail par semaine, à la place d'affaires de la compagnie ou à tout autre endroit où l'adhérent doit se rendre pour accomplir une tâche précise dans l'exercice de ses fonctions.

Cependant, si l'adhérent est au service de l'employeur sur une base permanente à temps partiel, il est également considéré comme salarié s'il a effectué en moyenne un minimum de 21 heures par semaine dans les 12 mois précédant la vérification. Son admissibilité et ses prestations d'assurance salaire de courte durée sont déterminées selon la moyenne d'heures de l'année précédente, en commençant en 1992 avec l'année 1991 comme année de référence. Pour toutes les autres garanties, si l'adhérent a été admissible une fois, il conservera par la suite sa protection pour lui-même et ses personnes à charge, le cas échéant.

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.

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 jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de la majorité;
- 2) n'a pas de conjoint, a moins de 26 ans, 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 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 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.

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.

Revenu désigne

- 1) pour les salariés réguliers : la rémunération normale de base que le preneur verse à l'adhérent, à l'exclusion de toute rémunération pour les heures supplémentaires régulières, de toute gratification ou de toute prime de poste comme le preneur l'a déclarée à l'assureur. Toutefois, dans le cas d'un adhérent payé en partie ou en totalité sur une base de commissions, le revenu ne peut être supérieur au revenu moyen effectivement versé à l'adhérent durant les 20 dernières semaines ou depuis sa date d'entrée en service, s'il n'a pas complété 20 semaines de travail.

- 2) pour les salariés syndiqués à temps partiel : la rémunération versée par le preneur à l'adhérent. Celle-ci est évaluée une fois par année, soit le 1^{er} janvier de chaque année.

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.

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.

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 dans les 60 jours qui suivent la date à laquelle il y devient admissible.

DROIT D'EXEMPTION

Un adhérent peut refuser d'être couvert en vertu de la garantie d'assurance médicaments, 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 31 jours suivant cette date d'admissibilité.

Si la demande est reçue plus de 31 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.

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 les renseignements 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 les renseignements 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.

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 ou toute personne à charge 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 prend 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.

MODIFICATION DU MONTANT DE L'ASSURANCE ET DE LA GARANTIE

Toute modification apportée au montant d'assurance ou à une garantie prend effet à la dernière des dates suivantes, pourvu que l'adhérent soit effectivement au travail à cette date :

- 2) la date à laquelle l'adhérent devient admissible pour la première fois à une telle modification, pourvu qu'une demande écrite soit reçue par l'assureur au plus tard à cette date;
- 3) la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité de l'adhérent :
 - a) si le nouveau montant d'assurance découlant de la modification demandée excède le montant maximum que l'assureur accorde sans preuves d'assurabilité et qui est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, ou
 - b) si la demande de modification est reçue plus de 31 jours après la date de son admissibilité à cette modification.

Si l'adhérent n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle son assurance serait normalement modifiée, l'assurance est modifiée le premier jour où il reprend effectivement le travail. Toutefois, si le preneur et l'assureur en conviennent, la modification apportée prend effet comme si l'adhérent était effectivement au travail.

Si l'adhérent 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.

EXONÉRATION DES PRIMES

- 1) Pour les garanties identifiées à cet égard au **TABEAU 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, si antérieure;
 - e) pour les garanties identifiées dans la partie **EXONÉRATION DES PRIMES** au **TABEAU 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 des personnes à charge et d'assurance salaire de longue durée.
- 2) Les dispositions du contrat qui ont trait à toute augmentation des montants d'assurance cessent de produire leurs effets pendant l'invalidité totale.
- 3) Si une récurrence d'invalidité survient dans les six mois 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.

- 4) 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.
- 5) 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 à laquelle il cesse d'être effectivement au travail;
- 6) la date de résiliation du contrat.

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.

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, à l'exception des garanties d'assurance accident-maladie et frais dentaires pour lesquelles ce délai est de trois mois.

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.

Toute action en justice engagée contre l'assureur pour recouvrer des sommes payables en vertu du contrat est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée au cours du délai fixé par la loi sur les assurances ou toute autre loi applicable dans la province de résidence de l'adhérent.

BÉNÉFICIAIRE

L'assureur reconnaît le ou les bénéficiaires désignés par l'adhérent en vertu du régime d'assurance collective de l'employeur immédiatement avant la date de prise d'effet de la police, sauf si l'assureur demande une nouvelle désignation de bénéficiaire.

Sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérent peut désigner ou révoquer en tout temps un ou des bénéficiaires de sa couverture. Seules les garanties qui prévoient des prestations en cas de décès de l'adhérent sont sujettes à la désignation de bénéficiaire(s) qui est alors la même pour l'ensemble de ces garanties. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier. En l'absence d'un bénéficiaire désigné, les sommes payables sont versées selon les lois applicables.

Les sommes payables au décès d'une personne à charge sont versées à l'adhérent, s'il est vivant. Si l'adhérent est décédé, elles sont versées selon les lois applicables.

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

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 :

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.

Invalidité totale ou totalement invalide désigne, **pour les catégories 103 et 203**, l'incapacité totale et continue de l'adhérent, par suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle, qui l'empêche complètement d'exercer :

- 1) la plupart des fonctions de son travail régulier durant le délai de carence prévu dans la garantie d'assurance salaire de longue durée et durant les 34 mois qui suivent immédiatement ce délai, sans égard à la disponibilité de ce travail; et
- 2) par la suite, toute fonction ou tout emploi rémunéré pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de sa formation, de son instruction et de son expérience.

L'invalidité n'est reconnue conformément au paragraphe 1) ci-dessus qu'à la condition que l'adhérent ne reçoive aucune rémunération directe ou indirecte d'un travail, sauf dans le cadre d'un programme de gestion de l'invalidité approuvé par l'assureur.

Pour que l'invalidité soit reconnue, il faut que l'état de l'adhérent nécessite des soins médicaux réguliers et continus effectivement donnés par un spécialiste approprié et une thérapie appropriée, considérés comme satisfaisants par l'assureur.

Invalidité totale ou totalement invalide désigne, **pour la catégorie 303**, l'incapacité totale et continue de l'adhérent, par suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle, qui l'empêche complètement d'exercer :

- 1) la plupart des fonctions de son travail régulier durant les 119 premiers jours d'invalidité et les 36 mois qui suivent, sans égard à la disponibilité de ce travail; et
- 2) par la suite, toute fonction ou tout emploi rémunéré pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de sa formation, de son instruction et de son expérience.

L'invalidité n'est reconnue conformément au paragraphe 1) ci-dessus qu'à la condition que l'adhérent ne reçoive aucune rémunération directe ou indirecte d'un travail, sauf dans le cadre d'un programme de gestion de l'invalidité approuvé par l'assureur.

Pour que l'invalidité soit reconnue, il faut que l'état de l'adhérent nécessite des soins médicaux réguliers et continus effectivement donnés par un spécialiste approprié et une thérapie appropriée, considérés comme satisfaisants par l'assureur.

Formation, instruction 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 présent 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 délais prescrits par la loi.

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 DE BASE DES PERSONNES À CHARGE

OBJET DE LA GARANTIE

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant qu'une personne à charge est décédée pendant qu'elle était couverte en vertu de la présente garantie, l'assureur paie le montant d'assurance vie de base des personnes à charge indiqué au TABLEAU DES GARANTIES et aux autres dispositions applicables du contrat.

DÉBUT DE L'ASSURANCE DU NOUVEAU-NÉ

Le nouveau-né d'un adhérent dont les personnes à charge sont déjà assurées devient assuré conformément à ce qui est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES et aux dispositions du contrat, y compris celles qui ont trait au DÉBUT DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE.

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 DU CONJOINT

Si la garantie d'assurance vie de base des personnes à charge couvrant un conjoint pour un montant minimum de 5 000 \$ prend fin et si ce conjoint est âgé de 65 ans ou moins, l'adhérent, ou le conjoint advenant le décès de l'adhérent, peut transformer, sans preuves d'assurabilité, l'assurance vie de base des personnes à charge applicable au conjoint en une police d'assurance individuelle, sous réserve des 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 du conjoint 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 du conjoint à l'anniversaire de naissance le plus proche et la catégorie de risque à laquelle il appartient;
- 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 du conjoint en vertu de la présente garantie.

DROIT DU CONJOINT APRÈS LA CESSATION DE L'ASSURANCE

Si le conjoint assuré 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 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 MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ADHÉRENT

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Ceinture de sécurité désigne les sangles qui font partie d'un dispositif de protection des occupants.

Éléments désigne les catastrophes naturelles telles que les tremblements de terre, les tempêtes, les inondations, les glissements de terrain ou toute autre catastrophe de même nature.

Hémiplégie désigne la paralysie totale, irréversible et permanente des membres supérieur et inférieur d'un même côté du corps.

Mort cérébrale désigne une perte de conscience irréversible accompagnée de l'arrêt complet de la fonction cérébrale et d'une absence complète de toute activité électrique du cerveau, même si le cœur bat toujours.

Paraplégie désigne la paralysie totale, irréversible et permanente des deux membres inférieurs.

Parent à charge désigne les parents, les beaux-parents, les grands-parents, les beaux grands-parents, les arrière grands-parents ou les beaux arrière grands-parents de l'adhérent qui dépendent de celui-ci pour assurer leurs frais de subsistance et leurs soins.

Perte de l'ouïe, de la vue ou de la parole désigne la perte totale et irréversible de l'ouïe, de la vue ou de la parole attestée par un médecin diplômé, reconnu et agréé auprès du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou de la Corporation professionnelle des médecins du Québec.

Perte de l'usage désigne la perte totale et irréversible de l'usage d'un membre relativement à une incapacité continue de ce membre pendant 12 mois ou plus.

Perte du pouce désigne le sectionnement complet d'une phalange du pouce.

Perte d'un bras désigne le sectionnement complet à l'articulation du coude ou au-dessus de celle-ci.

Perte d'un doigt désigne le sectionnement complet à l'articulation de la deuxième phalange d'un même doigt.

Perte d'un orteil désigne le sectionnement complet d'une phalange du gros orteil, et de toutes les phalanges des autres orteils.

Perte d'un pied désigne le sectionnement complet à l'articulation de la cheville ou entre la cheville et le genou.

Perte d'une jambe désigne le sectionnement complet à l'articulation du genou ou au-dessus de celle-ci.

Perte d'une main désigne le sectionnement complet à l'articulation du poignet ou entre le poignet et le coude.

Piraterie routière désigne la prise de possession illégale d'un véhicule automobile de tourisme par la force ou la menace contre l'adhérent ou les personnes assurées occupant le véhicule automobile de tourisme en question.

Quadriplégie désigne la paralysie totale, irrémédiable et permanente des membres supérieurs et inférieurs.

Véhicule désigne une voiture de tourisme, une familiale, une fourgonnette, une automobile tout terrain similaire à une jeep ou une camionnette.

OBJET DE LA GARANTIE

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

- 1) qu'un adhérent a subi l'une des pertes indiquées ci-dessous dans les 365 jours suivant un accident causant des dommages corporels;
- 2) que cette perte était le résultat direct de l'accident indépendamment de toute autre cause; et
- 3) que cet accident est survenu alors que l'adhérent était couvert en vertu de la présente garantie;

l'assureur paie le montant applicable à toute perte conformément au tableau suivant et aux autres dispositions applicables du contrat.

TABLEAU DES PERTES

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

<u>Perte</u>	<u>Montant versé</u>
de la vie	100 %
mort cérébrale	100 %
de la vue des deux yeux	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
d'une main et de la vue d'un œil	100 %
d'un pied et de la vue d'un œil	100 %
de la parole et de l'ouïe	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras ou d'une jambe	100 %

<u>Perte</u>	<u>Montant versé</u>
d'une main ou d'un pied	100 %
de la vue d'un œil	100 %
de la parole ou de l'ouïe	100 %
du pouce et de l'index d'une même main	100 %
d'au moins de quatre doigts de la même main	50 %
de tous les orteils d'un même pied	25 %
de l'ouïe d'une oreille	25 %

<u>Perte de l'usage</u>	<u>Montant versé</u>
des deux bras ou des deux mains	100 %
d'un bras ou d'une jambe	100 %
d'une main ou d'un pied	100 %

<u>Paralysie</u>	<u>Montant versé</u>
hémiplégie, paraplégie, quadriplégie	100 %

DISPARITION

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, disparaît par suite d'un accident ayant entraîné la submersion ou la disparition du moyen de transport à bord duquel il voyageait et si son corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours suivant la date de cet accident, il sera réputé, à moins de preuve contraire, qu'il a perdu la vie par suite d'un dommage corporel causé par l'accident.

HOSPITALISATION

Si l'adhérent subit une blessure qui entraîne une perte couverte au tableau des pertes autre que la perte de la vie et que par la suite en raison de la blessure et de la perte en question la personne assurée est conformément aux directives d'un médecin, hospitalisée pendant plus de 5 nuits consécutives, l'assureur versera :

- 1) 1 % du montant payable pour une période d'hospitalisation d'une durée de 30 nuits consécutives; ou
- 2) pour une période d'hospitalisation d'une durée de 30 nuits consécutives ou moins, 1/30 du montant établi pour chaque séjour d'une nuit à l'hôpital;

L'assureur versera la prestation sur une base mensuelle, rétroactivement à compter du premier séjour d'une nuit ou plus à l'hôpital.

Le montant maximal payable pour toutes les blessures découlant d'un même accident est de 2 500 \$ par mois jusqu'à concurrence de 12 mois d'hospitalisation pour un même accident entraînant une blessure. Les périodes successives d'hospitalisation en raison de blessures attribuables au même accident si elles sont entrecoupées d'une période de moins de 3 mois sont réputées être une même période d'hospitalisation.

RÉADAPTATION

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, subit une perte autre que la perte de la vie et pour laquelle un certain montant est payable en vertu de la présente garantie, l'assureur paie les frais de formation nécessaires et raisonnables réellement engagés, jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 000 \$, pourvu :

- 1) qu'une telle formation soit rendue nécessaire, à la suite d'une perte subie, pour permettre à l'adhérent d'exercer toute tâche rémunératrice qu'il n'aurait pas exercée n'eut été son incapacité; et
- 2) que les frais aient été engagés dans les 3 ans suivant la date de l'accident.

FRAIS DE TRANSPORT DE LA FAMILLE IMMÉDIATE

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, subit une perte autre que celle de la vie, pour laquelle un montant est payable en vertu de cette garantie et à la suite de laquelle il est hospitalisé à plus de 100 km de son lieu de résidence habituel, et si cet adhérent reçoit des soins réguliers d'un médecin, à l'exception de lui-même, l'assureur paie le coût d'un billet aller-retour en classe économique par la voie la plus directe ou les frais de déplacement équivalents par un autre moyen de transport, engagés par les membres de la famille immédiate de cet adhérent pour se rendre au chevet de ce dernier, jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 000 \$ par accident, pour l'ensemble de ces frais découlant d'un même accident.

IDENTIFICATION DU CORPS

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, décède par suite d'une blessure et qu'il doit être identifié, l'assureur paie les frais raisonnables et nécessaires pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial à un membre de sa famille immédiate pendant que celui-ci séjourne dans la ville où se trouve la dépouille, pour un maximum de 3 nuits consécutives ainsi que le transport par le trajet le plus court vers l'emplacement de la dépouille, jusqu'à concurrence d'une prestation unique de 5 000 \$, pourvu que :

- 1) la dépouille se trouve à plus de 150 km du lieu de résidence habituel du membre de la famille immédiate; et
- 2) l'identification de la dépouille soit exigée par la police ou tout organisme semblable ayant compétences sur une telle question.

Si le membre de la famille immédiate se déplace dans un véhicule privé, le remboursement des frais se limitera à 0,20 \$ du kilomètre.

Aucune prestation n'est payable pour des frais de subsistance, d'hébergement, de transport ou d'achat de vêtements.

RAPATRIEMENT

Si l'adhérent décède dans les 365 jours suivant la date d'un accident survenant à une distance de 50 km de son lieu de résidence habituel alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, et si un montant est payable pour la perte de la vie selon les dispositions de la présente garantie, l'assureur paie les frais réellement engagés pour la préparation du corps de l'adhérent décédé en vue de l'enterrement ou de la crémation et le transport dudit corps du lieu de l'accident à la ville de résidence de l'adhérent, jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 000 \$.

FRAIS FUNÉRAIRES

Si l'adhérent décède alors qu'il était couvert en vertu de la présente garantie, et si un montant est payable pour la perte de vie selon les dispositions de la présente garantie, l'assureur paie les frais engagés relativement au service d'incinération, d'enterrement ou de funérailles de l'adhérent, jusqu'à concurrence de 5 000 \$.

PRESTATION DE DEUIL

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, est blessé dans un accident et que les blessures entraînent un paiement pour l'une des pertes indiquées au tableau des pertes, l'assureur paiera les frais raisonnables et nécessaires pour les services d'accompagnement des personnes en deuil jusqu'à concurrence de 1 000 \$, pourvu que :

- 1) les services d'accompagnement soient destinés à son conjoint et ses enfants à charge;
- 2) les frais soient engagés dans les 365 jours suivant la date de l'accident ayant causé le décès de l'adhérent;
- 3) les services d'accompagnement soient donnés par un thérapeute ou un conseiller autorisé agréé ou certifié à offrir ces services et que ce dernier n'est pas un membre de la famille immédiate de l'adhérent.

CEINTURE DE SÉCURITÉ

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, subit une blessure qui entraîne une perte de vie pour laquelle l'assureur a déjà versé une prestation prévue au tableau des pertes, le montant d'assurance payable sera majoré de 10 % s'il portait sa ceinture de sécurité, pourvu :

- 1) que la perte survienne lorsque l'adhérent est passager ou conducteur d'un véhicule privé;
- 2) que la ceinture de sécurité soit correctement attachée; et

- 3) que la vérification de l'utilisation de la ceinture de sécurité fasse partie du rapport officiel de l'accident ou soit certifiée par l'enquêteur.

Si une prestation pour port de ceinture de sécurité est payable et que l'adhérent prenait place dans un siège protégé par un système de retenue supplémentaire d'origine installé en usine, en bon état de fonctionnement et qui se gonfle sur impact, le montant d'assurance payable sera majoré de 10 %.

Une vérification confirmant que l'adhérent portait correctement la ceinture au moment de l'accident et que le coussin de sécurité s'était bel et bien déployé sur impact doit faire partie du rapport d'accident officiel ou être certifié par écrit par les agents enquêteurs.

La prestation maximale payable est de 50 000 \$.

PIRATERIE ROUTIÈRE

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, subit une perte autre que la perte de la vie et pour laquelle un certain montant est payable en vertu de la présente garantie, l'assureur verse un montant supplémentaire correspondant à 10 % du montant pour lequel l'adhérent est assuré si la perte découle de la piraterie routière (détournement d'un véhicule de tourisme dans lequel l'adhérent voyage en tant que conducteur ou passager), jusqu'à concurrence d'un montant global de 25 000\$ pour toutes les pertes découlant du même incident de piraterie routière.

Le rapport d'incident de piraterie routière officiel ou certifié par les agents enquêteurs doit comprendre la vérification du cas de piraterie.

PRESTATION SUITE À ASSAUT CRIMINEL

Si un adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, est blessé et que les blessures entraînent un paiement pour l'une des pertes indiquées au tableau des pertes, le montant d'assurance payable sera majoré de 10 %, si la blessure et la perte qui en découlent sont attribuables à l'acte délibéré d'une autre personne.

Un acte délibéré :

- 1) constitue un acte délictueux grave, une tentative de commettre un acte délictueux, un acte criminel, une tentative de commettre un acte criminel, un délit mineur, une tentative de commettre un délit mineur, une infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire, une tentative de commettre une infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire, une émeute ou une tentative d'inciter une émeute;
- 2) ne constitue pas une infraction au code de la route aux termes des lois provinciales ou fédérales en lien avec la circulation routière;
- 3) vise un groupe d'adhérents au travail dans le cours normal des activités commerciales de l'employeur, ses biens, ses actifs ou vise l'adhérent en tant que représentant du groupe d'adhérents;

- 4) n'es pas commis par un collègue de travail ou un membre de la famille ou du ménage de l'adhérent.

TRANSFORMATION D'UN LOGEMENT OU D'UN VÉHICULE

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, subit une perte autre que celle de la vie, pour laquelle un montant est payable en vertu de cette garantie et qu'il doit par la suite (pour la même raison que celle qui lui a donné droit au paiement du montant) utiliser un fauteuil roulant pour se déplacer, sur présentation de preuves de paiement l'assureur paiera :

- 1) les frais initiaux de transformation du logement de l'adhérent pour lui permettre d'avoir accès à ce logement et d'y circuler avec son fauteuil roulant;
- 2) les frais initiaux de transformation nécessaire d'un véhicule motorisé appartenant à l'adhérent, afin de lui permettre d'avoir accès à ce véhicule ou de le conduire;

à raison d'une transformation pour chacun des frais décrits aux paragraphes 1) et 2) ci-dessus et jusqu'à concurrence de 15 000 \$ pour l'ensemble des frais découlant du même accident.

La présente garantie ne s'applique que si :

- 1) les modifications apportées au logement sont effectuées par une ou plusieurs personnes expérimentées dans ce domaine et qu'elles sont recommandées par un organisme reconnu qui offre du soutien et de l'aide aux utilisateurs de fauteuils roulants;
- 2) les modifications apportées à un véhicule sont effectuées par une ou plusieurs personnes expérimentées dans ce domaine et qu'elles sont autorisées par le bureau provincial d'immatriculation des voitures de la province de résidence de l'adhérent.

CONDITIONNEMENT PHYSIQUE LIÉ À L'INVALIDITÉ

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert par la présente garantie, subit une blessure qui entraîne une perte, autre que celle de la vie, pour laquelle un montant est payable en vertu de cette garantie, l'assureur paie les frais raisonnables et habituels réels pour l'achat d'équipement de conditionnement physique ou d'athlétisme conçu pour la réadaptation nécessaire des suites de l'accident, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par accident. L'assureur n'accorde aucun remboursement pour les frais engagés plus de deux ans après l'accident.

Si d'autres polices établies par l'assureur au nom du titulaire de police prévoient la prestation susmentionnée, une seule prestation est payable, la plus importante, aux termes des polices établies par l'assureur et ladite prestation ne peut pas constituer un double emploi aux termes de toute autre police d'assurance.

FRAIS D'ÉTUDES D'ENFANT À CHARGE

Si les personnes à charge d'un adhérent sont couvertes en vertu du présent contrat à la date à laquelle l'adhérent décède des suites d'un accident et si un montant est payable pour cette perte de la vie en vertu de la présente garantie, l'assureur verse une prestation d'éducation spéciale à l'égard de chaque enfant à charge alors couvert en vertu du présent contrat et qui, à la date de l'accident, était inscrit à titre d'étudiant à temps plein dans tout établissement d'enseignement supérieur de niveau postsecondaire ou suivait des cours au niveau secondaire et s'est inscrit par la suite comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur au cours des 365 jours qui ont suivi la date du décès de cet adhérent.

La prestation d'éducation spéciale couvre tous les frais raisonnables et nécessaires de scolarité, excluant les frais de chambre et de repas, jusqu'à concurrence du moindre de 5 % du montant pour lequel l'adhérent était couvert en vertu de la présente garantie à la date de son décès et d'un maximum global de 5 000 \$ pour chaque année, sous réserve d'un maximum de quatre années consécutives, à l'égard de laquelle l'enfant à charge admissible à cette prestation d'éducation poursuit des études, à temps plein, dans un établissement d'enseignement supérieur sans interruption plus longue que les vacances scolaires normales.

FRAIS DE GARDERIE

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, décède par suite d'un accident, et si un montant est payable pour la perte de la vie selon les dispositions de la présente garantie, l'assureur paie le moindre entre :

- 1) les frais exigés par une garderie commerciale;
- 2) 5 % du montant pour lequel l'adhérent était couvert en vertu de la présente garantie; ou
- 3) 5 000 \$ pour chaque année.

La prestation est payable chaque année, jusqu'à concurrence de 4 prestations consécutives par enfant à charge, si :

- 1) les enfants à charge sont âgés de moins de 13 ans à la date du décès de l'adhérent;
- 2) l'enfant à charge soit inscrit dans une garderie commerciale agréée au plus tard dans les 90 jours suivant la date de décès de l'adhérent;
- 3) l'enfant à charge demeure inscrit dans une garderie commerciale agréée.

FORMATION DU CONJOINT

Si le conjoint d'un adhérent est couvert en vertu du présent contrat à la date à laquelle l'adhérent décède des suites d'un accident et si un montant est payable pour cette perte de la vie en vertu de la présente garantie, l'assureur couvre tous les frais que le conjoint a réellement engagés pour participer à un programme de formation professionnelle officiel, jusqu'à concurrence de 15 000 \$, à condition :

- 1) que le conjoint ait besoin de cette formation pour acquérir les aptitudes particulières qui lui permettront d'exercer un emploi actif pour lequel il n'aurait autrement pas été assez qualifié; et
- 2) que ces frais soient engagés dans les 36 mois qui suivent la date du décès de l'adhérent.

PARENTS À CHARGE

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, subit un accident et décède dans les 365 jours suivant la date de l'accident, l'assureur verse une prestation pour parents à charge.

Pour être admissible aux prestations, au moment de l'accident, le parent à charge doit :

- 1) résider dans un établissement de soins infirmiers autorisé;
- 2) être inscrit dans un programme de soins à domicile;
- 3) habiter dans la résidence de l'adhérent
- 4) être à la charge de l'adhérent qui est responsable des frais de subsistance et prodigue des soins, tel qu'attesté par des chèques encaissés, des déclarations de revenu où les parents sont déclarés personne à charge de l'adhérent ou tout autre pièce justificative jugée acceptable par l'assureur.

Une seule prestation pour parents à charge est versée à parts égales peu importe le nombre de parents à charge, elle correspond à 10 % du montant pour lequel l'adhérent était couvert, jusqu'à concurrence de 10 000 \$.

THÉRAPIE PSYCHOLOGIQUE

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert par la présente garantie, subit une perte autre que celle de la vie et pour laquelle un montant est payable et que par la suite en raison de la blessure et de la perte en question, l'adhérent a besoin de services de psychothérapie prescrits par un médecin dans les deux ans suivant la date de la blessure, l'assureur paie les frais raisonnables et nécessaires, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ pour toutes les blessures découlant d'un même accident.

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

- 1) Une perte ne donne lieu à aucun paiement si elle découle directement ou indirectement, uniquement ou en partie, de ce qui suit :
 - a) un suicide ou une tentative de suicide par la personne assurée, si cette dernière est saine d'esprit;
 - b) une maladie ne résultant pas d'un accident et qui se manifeste lors d'un accident;
 - c) un traitement médical ou dentaire, une intervention chirurgicale ou une anesthésie;
 - d) la guerre, déclarée ou non, le service actif dans les forces armées d'un pays, ou la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
 - e) un voyage ou vol dans un aéronef sauf si l'adhérent voyage à titre de passager seulement (et non à titre de pilote ou de membre de l'équipage) dans tout aéronef :
 - i) qui a un permis de vol reconnu ou accordé en vertu de la Loi sur l'aéronautique (Canada) ou en vertu des lois du pays où il a été enregistré, pourvu que toutes les conditions applicables à ce permis aient été respectées; et
 - ii) qui est utilisé uniquement aux fins de transport et non pour la formation ou l'entraînement, à titre d'essai ou expérimental;
 - f) une infraction ou une tentative d'infraction au Code criminel du Canada.
- 2) L'assureur ne paie pas le montant d'assurance si l'accident qui entraîne le décès ou la perte survient lorsque l'adhérent conduit un véhicule motorisé, s'il est alors sous l'influence de stupéfiants ou si la concentration d'alcool dans son sang excède la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada.
- 3) En vertu des dispositions relatives à la RÉADAPTATION, aux FRAIS D'ÉTUDES D'ENFANT À CHARGE et à la FORMATION DU CONJOINT, aucun remboursement ne sera effectué à l'égard des frais d'hébergement ou autres frais normaux de subsistance, de voyage ou d'habillement.
- 4) Pour les pertes relatives à un même membre, subies dans un même accident, le montant payable correspond à celui prévu pour la perte la plus importante. Pour l'ensemble des pertes subies dans le même accident, les montants payables ne peuvent dépasser la totalité du montant d'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, exclusion faite des cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie pour lesquels le montant payable ne peut dépasser 100 % du montant d'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

RESTRICTIONS AFFÉRENTES AU PORT DE LA CEINTURE DE SÉCURITÉ

Pour que l'adhérent ait droit au montant additionnel dû en cas d'accident d'automobile ainsi qu'il est indiqué dans la partie CEINTURE DE SÉCURITÉ de la présente garantie, le conducteur du véhicule doit posséder un permis de conduire valide pour le type de véhicule qu'il est autorisé à conduire et ne pas être, au moment de l'accident, sous l'influence de stupéfiants, sauf dans le cas de médicaments prescrits par un médecin et consommés selon la posologie prescrite par ce dernier. De plus, la concentration d'alcool dans le sang du conducteur ne doit pas excéder la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada ni les limites relatives à la conduite en état d'ébriété établies par les autorités locales de l'endroit où l'accident survient.

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.

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 pour évaluer sa responsabilité en rapport avec une demande de paiement présentée en raison d'un décès.

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

Dans le cas de la disparition de l'adhérent ainsi qu'il est indiqué dans la partie DISPARITION de la présente garantie l'assureur prendra le sinistre en charge sur présentation d'un jugement déclaratif de décès.

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE DE L'ADHÉRENT

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; cette période est indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

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

Invalidité totale ou totalement invalide désigne un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident, qui exige des soins médicaux continus et qui empêche complètement l'adhérent d'accomplir l'ensemble des tâches habituelles de sa fonction principale, sans exception.

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.

Période maximale désigne le nombre maximal de semaines durant lesquelles les prestations sont payables. Cette période est indiquée au TABLEAU DES GARANTIES. Lorsque la présente garantie est intégrée en vertu du programme de l'assurance emploi, selon une intégration standard ainsi qu'il est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, la période maximale inclut le nombre de semaines durant lesquelles des prestations d'assurance emploi sont payables par le Développement des ressources humaines Canada (D.R.H.C.).

Revenu hebdomadaire net désigne le revenu hebdomadaire brut 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, ou toute autre cotisation à un régime public de remplacement du revenu.

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 indiqué au TABLEAU DES GARANTIES; et
- 2) que l'adhérent reçoit les soins médicaux continus d'un médecin selon ce qui est indiqué dans la partie DÉFINITIONS du contrat;
- 3) que l'adhérent ne reçoit aucune rémunération directe ou indirecte d'un travail, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par l'assureur ou d'un programme de retour au travail progressif reconnu par l'assureur, tel que décrit à l'article GESTION DE L'INVALIDITÉ;

l'assureur verse à l'adhérent les prestations hebdomadaires aussi longtemps que celui-ci continue d'être totalement invalide, jusqu'à concurrence de la période maximale indiquée au TABLEAU DES GARANTIES et conformément aux dispositions applicables du contrat.

Tout accident tel que défini dans la partie DÉFINITIONS du contrat doit être constaté par un médecin et être survenu au plus tard 30 jours avant le début de l'invalidité totale.

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 hebdomadaire payable en vertu de la présente garantie est celui indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, compte tenu du revenu en vigueur immédiatement avant le début de l'invalidité totale.

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

L'assureur effectue le versement des prestations en vertu de la présente garantie à la fin de chaque semaine, à compter de la date à laquelle le délai de carence se termine.

Le délai de carence est la période ininterrompue d'invalidité totale qui doit s'écouler avant le début du versement des prestations. Il prend fin à la dernière des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle la période indiquée au TABLEAU DES GARANTIES est écoulée si l'adhérent consulte le médecin dans les 3 jours qui suivent le début de l'invalidité; ou
- 2) le 3^e jour ouvrable précédent la date à laquelle l'adhérent consulte un médecin, s'il le consulte plus de 3 jours ouvrables après le début de l'invalidité.

Le délai de carence est exprimé en jours ouvrables selon l'horaire de travail de l'adhérent.

Les paiements à l'égard d'une période de moins d'une semaine sont calculés au taux quotidien basé sur l'horaire de travail de l'adhérent.

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 hebdomadaires pour une invalidité totale et qu'il participe à un programme de gestion de l'invalidité ou à 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 de la période maximale de versement de prestations hebdomadaires prévue par la présente garantie;
- 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 semaines pendant lesquelles des prestations hebdomadaires 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 l'adhérent reçoit un revenu pendant qu'il participe à un programme de réadaptation, les prestations payables par l'assureur sont réduites de tout revenu gagné d'un programme de réadaptation.

Les prestations sont réduites de sorte que son revenu total provenant de toutes sources n'excède pas 100 % du revenu hebdomadaire brut qu'il gagnait avant son invalidité;

- 5) tant que l'adhérent participe au programme de gestion de l'invalidité, l'assureur réduit ses prestations hebdomadaires du montant nécessaire pour que son revenu total provenant de toutes sources, ainsi qu'il est défini ci-après, 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.

Le revenu total de l'adhérent provenant de toutes sources composé des sommes énumérées ci-dessous, qui lui ont été versées ou auxquelles il aurait droit, comprend :

- a) toute prestation hebdomadaire versée en vertu de la présente garantie;
- b) tout revenu versé par l'employeur;
- c) toute prestation à laquelle l'adhérent a droit en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, mais à l'exclusion des prestations pour les personnes à charge, de toute rente de conjoint survivant 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 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;
- e) toute prestation provenant d'un régime de retraite ou de rente fourni par le preneur du contrat, 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;
- f) toute indemnité de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime public provincial d'assurance automobile sans égard à la responsabilité, mais qui ne tient pas compte des prestations d'assurance-emploi dans le versement de ses indemnités.

Un 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 hebdomadaires prévues par la présente garantie.

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ

L'assureur considère des périodes successives d'invalidité totale qui surviennent après que des prestations hebdomadaires sont devenues payables comme étant une même période d'invalidité totale sauf si elles sont séparées d'au moins :

- 1) un mois consécutifs de travail à temps plein, si l'invalidité totale est due à la même cause ou à des causes connexes; ou
- 2) un jour de travail à temps plein, si l'invalidité totale est due à une cause complètement indépendante de la première.

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 et sous réserve de la période maximale de versement des prestations indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

RÉDUCTION DES PRESTATIONS HEBDOMADAIRES, RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

1) Réduction des prestations hebdomadaires

Les prestations hebdomadaires payables en vertu de la présente garantie sont réduites :

- a) de toute somme que l'adhérent reçoit ou à laquelle il a droit en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable; et
- b) de toute somme que l'adhérent reçoit ou à laquelle il a droit en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion :
 - i) des prestations pour les personnes à charge;
 - ii) de toute rente de conjoint survivant; et
 - iii) de tout montant versé en sus de la prestation initiale à titre d'indexation sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;
- c) de toute indemnité de remplacement du revenu payable à l'adhérent en vertu :
 - i) de la Loi sur l'assurance automobile du Québec;
 - ii) du Régime de protection des automobilistes de l'Ontario; ou

- iii) toute indemnité de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime public provincial d'assurance automobile sans égard à la responsabilité, mais qui ne tient pas compte des prestations d'assurance-emploi dans le versement de ses indemnités;
- d) de toute indemnité de remplacement de revenu touchée par l'adhérent en vertu de toute autre loi fédérale ou provinciale, si l'assurance-emploi considère ces indemnités comme un revenu;
- e) ainsi que de toute prime de séparation ou paiement pour congédiement injustifié.

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.

L'assureur réduira aussi les prestations hebdomadaires 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.

Si l'adhérent touche un montant forfaitaire en vertu de tout régime ou de toute loi décrite ci-dessus, l'assureur réduit les prestations hebdomadaires de ce montant ramené sur une base hebdomadaire.

2) Restrictions

Aucune prestation hebdomadaire n'est payable au cours de l'une ou l'autre des périodes suivantes :

- a) La période au cours de 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;
- b) la période au cours de laquelle l'adhérent prend un congé parental ou familial, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- c) pendant toute période d'arrêt de travail par suite d'une grève, d'un lock-out, d'une mise à pied ou d'un congé autorisé, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- d) durant l'emprisonnement de l'adhérent par suite d'une condamnation pour infraction;
- e) 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 ou à moins que l'adhérent ne soit à l'extérieur du Canada pour recevoir des soins médicaux admissibles en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi;

- f) la période durant laquelle l'adhérent s'adonne à une tâche rémunératrice autre qu'un programme de réadaptation approuvé par l'assureur;
- g) la période durant laquelle l'adhérent est censé lui avoir fourni des preuves satisfaisantes de son invalidité totale ou s'être soumis à un examen médical demandé par l'assureur, mais a négligé ou refusé de le faire; et
- h) la période durant laquelle l'adhérent refuse de participer à un programme de réadaptation que l'assureur juge approprié.

3) Exclusions

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

- a) 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;
- b) une infraction au Code criminel;
- c) des soins médicaux ou chirurgicaux d'ordre esthétique, sauf si les soins esthétiques sont fournis par suite d'un accident ou d'une maladie;
- d) l'abus d'alcool ou de stupéfiants, à moins que l'adhérent ne participe de façon active et continue à un programme thérapeutique approprié mené sous surveillance médicale pour remédier à cet abus et qu'il reçoive des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation.

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 est écoulée la période maximale de versement des prestations indiquée au TABLEAU DES GARANTIES pour toute période d'invalidité totale;
- 3) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge limite applicable à la présente garantie, laquelle est indiquée au TABLEAU DES GARANTIES. Toutefois, si l'adhérent devient totalement invalide avant d'atteindre l'âge limite, qu'il l'est toujours lorsqu'il atteint cet âge et qu'il n'a pas encore reçu 15 semaines de prestations à l'égard de cette invalidité, l'assurance sera prolongée, indépendamment de la limite d'âge pour cette garantie, jusqu'à la première des dates suivantes, soit :
 - a) la date à laquelle cet adhérent a reçu des prestations pendant 15 semaines;

- b) la date à laquelle cet adhérent cesse d'être totalement invalide; ou
- c) la date à laquelle cet adhérent prend sa retraite.

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 courte 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 une preuve écrite de sinistre à l'assureur dans les 60 jours suivant la date du début de l'invalidité totale.

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

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT

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.

Formation, instruction 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.

Invalidité totale ou totalement invalide désigne l'incapacité totale et continue de l'adhérent, par suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle, qui l'empêche complètement d'exercer :

- 1) la plupart des fonctions de son travail régulier durant le délai de carence prévu dans la garantie d'assurance salaire de longue durée et durant les 34 mois qui suivent immédiatement ce délai, sans égard à la disponibilité de ce travail; et
- 2) par la suite, toute fonction ou tout emploi rémunéré pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de sa formation, de son instruction et de son expérience.

L'invalidité n'est reconnue conformément au paragraphe 1) ci-dessus qu'à la condition que l'adhérent ne reçoive aucune rémunération directe ou indirecte d'un travail, sauf dans le cadre d'un programme de gestion de l'invalidité approuvé par l'assureur.

Pour que l'invalidité soit reconnue, il faut que l'état de l'adhérent nécessite des soins médicaux réguliers et continus effectivement donnés par un spécialiste approprié et une thérapie appropriée, considérés comme satisfaisants par l'assureur.

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

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 et au Régime québécois d'assurance parentale prélevés sur le salaire.

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, telle qu'indiquée à la section DÉFINITIONS, 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.

L'assureur effectue le versement des prestations en vertu de la présente garantie le 1^{er} et le 16 de chaque mois d'invalidité totale, à compter de la date à laquelle le délai de carence se termine.

Les paiements à l'égard d'une période de moins de 15 jours sont calculés :

- 1) au taux quotidien de 1/15 de la prestation pour la période du 1^{er} au 15 du mois; et
- 2) au prorata du nombre de jours dans le mois courant pour la période qui débute le 16 du mois.

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

RÉDUCTION DES PRESTATIONS MENSUELLES

La prestation mensuelle payable à l'adhérent en vertu de la présente garantie est diminuée de toute prestation d'invalidité payable, ou qui serait payable à l'adhérent si une demande satisfaisante avait été faite, en vertu :

- 1) du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, à l'exception des prestations pour les personnes à charge et de toute rente de conjoint survivant;
- 2) de la loi provinciale sur l'assurance automobile;
- 3) de tout autre organisme gouvernemental, à l'exception de la Loi sur les accidents du travail;
- 4) d'une loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels ou de toute autre loi semblable;
- 5) de tout autre régime auquel l'employeur souscrit.

De plus, l'assureur réduira de nouveau la prestation mensuelle payable en vertu de la présente garantie pour que la somme de tous les revenus, compensations, indemnités et prestations que l'adhérent pourrait, en raison de son invalidité, recevoir du preneur, d'un organisme gouvernemental ou de toute assurance collective ou régime de rente auquel contribue le preneur ne puisse en aucun cas excéder 85 % du salaire mensuel établi au début de l'invalidité.

RESTRICTIONS

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

- 1) durant laquelle l'adhérent ne reçoit pas des soins médicaux continus en raison de la maladie ou des dommages corporels causant l'invalidité totale;
- 2) 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;
- 3) 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;
- 4) pendant toute période d'arrêt de travail par suite d'une grève, d'un lock-out, d'une mise à pied ou d'un congé autorisé, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période, sauf si la présente garantie est maintenue durant l'absence, tel qu'indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.
- 5) durant l'emprisonnement de l'adhérent par suite d'une condamnation pour infraction;
- 6) 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.

L'assureur n'effectue aucun versement pour toute période d'invalidité totale qui commence au cours des 12 premiers mois durant lesquels l'adhérent est couvert si cette invalidité totale découle directement ou indirectement d'une maladie ou de dommages corporels pour lesquels l'adhérent a reçu les soins d'un médecin ou a pris des médicaments prescrits sur ordonnance pendant les trois mois précédant immédiatement la date de prise d'effet de son assurance.

Toutefois, si la présente police est en vigueur depuis moins de 12 mois, mais que l'employé était assuré en vertu du contrat antérieur comportant des garanties similaires offert par l'employeur au cours de toute période de temps précédant immédiatement la date de prise d'effet de la présente police, cette période de temps sera prise en compte dans la détermination de la période de 12 mois d'assurance.

EXCLUSIONS

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

- 1) une blessure subie lors d'une guerre, déclarée ou non, toutefois, la personne assurée qui doit entreprendre un voyage à des fins professionnelles dans le cadre des fonctions liées à son emploi n'est pas visée par la présente exclusion;
- 2) 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;
- 3) toute cessation de travail à temps plein pour recevoir des soins qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qui sont donnés dans un but esthétique;
- 4) une infraction ou tentative d'infraction au Code criminel;
- 5) toute maladie industrielle ou tout accident de travail qui donne droit à des prestations en vertu de la Loi sur les accidents du travail.

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) un mois de travail à temps plein durant le délai de carence; ou
- 2) trois mois 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**.

PROGRAMME DE RÉADAPTATION

L'assureur a le droit de demander qu'un adhérent participe à un programme de réadaptation contrôlé par l'assureur lorsque celui-ci et ses conseillers médicaux considèrent que cette participation est raisonnable et justifiée. L'assureur, avec l'accord de ses conseillers médicaux, peut modifier, prolonger ou terminer le programme chaque fois que cela est considéré raisonnable et justifié.

L'adhérent qui participe à un programme de réadaptation demandé par l'assureur peut recevoir la rente prévue à l'invalidité de longue durée pendant une période maximale de 24 mois en plus de recevoir la rémunération provenant de ce programme de réadaptation.

Toutefois, la somme de la rémunération du programme de réadaptation et de la rente mensuelle en vertu de cette garantie ne doit pas excéder le salaire mensuel que l'adhérent recevait au début de la période d'invalidité. Si cette somme excède le salaire mensuel établi au début de l'invalidité, la rente prévue par la garantie sera réduite de façon à ne pas dépasser ce salaire.

Si un adhérent totalement invalide reprend son travail régulier selon un horaire réduit, cet emploi pourra être considéré comme emploi de réadaptation. La rente sera alors versée au prorata du nombre d'heures de travail.

Si un adhérent refuse de participer à un programme de réadaptation que l'assureur et ses conseillers médicaux considèrent raisonnable et justifié, les versements de la rente cesseront.

CESSATION DES VERSEMENTS

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

- 1) la date à laquelle est écoulée la période maximale de versement des prestations indiquée au **TABLEAU DES GARANTIES** pour toute période d'invalidité totale;
- 2) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
- 3) 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;
- 4) le premier jour du mois qui suit ou qui coïncide avec la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge indiqué au **TABLEAU DES GARANTIES**;

- 5) la date à laquelle l'adhérent est considéré à la retraite aux termes du régime de rentes de l'employeur;
- 6) la date du décès de l'adhérent;
- 7) la date fixée par l'assureur à laquelle l'adhérent est censé lui avoir fourni une attestation satisfaisante de son invalidité totale, mais a négligé ou refusé de le faire;
- 8) la date fixée par l'assureur à laquelle l'adhérent est censé s'être soumis à un examen médical demandé par l'assureur, mais a négligé ou refusé de le faire.

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 et la preuve écrite initiale dans les 90 jours suivant l'expiration du délai de carence.

S'il y a récurrence d'invalidité totale, l'adhérent doit présenter une déclaration écrite de sinistre à l'assureur et une preuve écrite dans les 90 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.

Fournisseur de services de voyage désigne une agence de voyage, un grossiste en voyage, un organisateur de voyages à forfait, un croisiériste ou une compagnie aérienne détenant un permis et un certificat d'exploitation valides émis par les autorités compétentes au Canada ou à l'étranger.

Frais usuels et raisonnables désigne les frais habituellement exigés pour des soins ou produits similaires et limités au tarif qui prédomine dans la région où les soins ou produits sont fournis. « Soins ou produits similaires » signifie des soins ou des produits qui sont comparables quant à leur nature et à leur durée, qui exigent une même compétence et qui sont fournis par une personne ayant une formation et une expérience similaires.

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.

Invalidité totale ou totalement invalide désigne, **pour les catégories 103 et 203**, l'incapacité totale et continue de l'adhérent, par suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle, qui l'empêche complètement d'exercer :

- 1) la plupart des fonctions de son travail régulier durant le délai de carence prévu dans la garantie d'assurance salaire de longue durée et durant les 34 mois qui suivent immédiatement ce délai, sans égard à la disponibilité de ce travail; et
- 2) par la suite, toute fonction ou tout emploi rémunéré pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de sa formation, de son instruction et de son expérience.

L'invalidité n'est reconnue conformément au paragraphe 1) ci-dessus qu'à la condition que l'adhérent ne reçoive aucune rémunération directe ou indirecte d'un travail, sauf dans le cadre d'un programme de gestion de l'invalidité approuvé par l'assureur.

Pour que l'invalidité soit reconnue, il faut que l'état de l'adhérent nécessite des soins médicaux réguliers et continus effectivement donnés par un spécialiste approprié et une thérapie appropriée, considérés comme satisfaisants par l'assureur.

Invalidité totale ou totalement invalide désigne, **pour la catégorie 303**, l'incapacité totale et continue de l'adhérent, par suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle, qui l'empêche complètement d'exercer :

- 1) la plupart des fonctions de son travail régulier durant les 119 premiers jours d'invalidité et les 36 mois qui suivent, sans égard à la disponibilité de ce travail; et
- 2) par la suite, toute fonction ou tout emploi rémunéré pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de sa formation, de son instruction et de son expérience.

L'invalidité n'est reconnue conformément au paragraphe 1) ci-dessus qu'à la condition que l'adhérent ne reçoive aucune rémunération directe ou indirecte d'un travail, sauf dans le cadre d'un programme de gestion de l'invalidité approuvé par l'assureur.

Pour que l'invalidité soit reconnue, il faut que l'état de l'adhérent nécessite des soins médicaux réguliers et continus effectivement donnés par un spécialiste approprié et une thérapie appropriée, considérés comme satisfaisants par l'assureur.

Maison de convalescence 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.

Programme d'accompagnement patient désigne le programme offrant du support à la personne assurée pour faciliter la gestion de sa condition médicale et la prise de ses médicaments.

Exclusion : Si la personne assurée refuse de participer au programme, elle pourrait ne pas être admissible au remboursement du médicament.

Programme de soutien aux patients désigne le programme en vertu duquel les fabricants de certains médicaments offrent des services d'information, de formation et d'aide financière à la personne assurée à qui le médicament est prescrit.

Exclusion : Si la personne assurée refuse de participer au programme, elle pourrait ne pas être admissible au remboursement du médicament.

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 aucun problème de santé, ou est affectée par un problème de santé qui :

- 1) n'a fait l'objet d'aucune modification ou recommandation de modification du traitement ou de la posologie des médicaments prescrits pouvant occasionner un changement significatif de l'état de santé pendant la durée du voyage, et
- 2) n'est caractérisé par aucun symptôme laissant présager une détérioration significative de l'état de santé 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.

Voyage désigne une période déterminée au cours de laquelle la personne assurée est couverte en vertu d'un régime provincial de soins médicaux et pour laquelle :

- 1) des arrangements sont pris avec tout fournisseur de services de voyage; ou
- 2) des réservations ont été effectuées par la personne assurée pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait.

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.

L'assureur se réserve le droit d'exiger, en tout temps, que la personne assurée fournisse, à ses frais, tout renseignement ou preuve supplémentaire qu'il juge nécessaire pour déterminer l'admissibilité des frais engagés pour lesquels une demande de prestations est soumise, à défaut de quoi ces frais pourraient être refusés.

De plus, les frais sont limités aux frais usuels et raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus.

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

Réseau de fournisseurs privilégiés

L'assureur peut sélectionner des fournisseurs pour la distribution de certains médicaments et produits et peut restreindre les prestations pour des frais admissibles engagés auprès d'un autre fournisseur.

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.

Les frais admissibles engagés au cours des 3 derniers mois d'une année civile servant à couvrir en partie ou en totalité la franchise de cette même année sont également appliqués en réduction de la franchise de l'année civile suivante.

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 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 : les frais d'hospitalisation pour des soins de courte durée pour chaque jour d'hospitalisation et sans limites quant au nombre de jours, jusqu'à concurrence de la limite indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

Hospitalisation pour malade chronique : les frais de séjour dans une chambre à deux lits (semi-privée), repas compris, dans une institution reconnue à cette fin, jusqu'à concurrence de la limite indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

Maison de convalescence : les frais de séjour dans une chambre à deux lits (semi-privée), repas compris, dans une maison de convalescence autorisée, pourvu que la personne assurée y ait été admise dans les 14 jours suivant son séjour 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.

Salle d'opération et produits anesthésiques

Transfusion de plasma ou de sang

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.

- 2) Les injections de substances sclérosantes pour le traitement des varices, à condition que ces traitements soient nécessaires à des fins médicales et non esthétiques, à raison d'un maximum payable de 20 \$ par visite, par personne assurée.
- 3) Les produits anesthésiants administrés lors d'une intervention qui n'a pas lieu dans un hôpital.
- 4) Les produits antitabac, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 665 \$ par année civile, par personne assurée.
- 5) Les médicaments pour le traitement de l'infertilité couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments.

MÉDICAMENTS EXIGEANT UNE AUTORISATION PRÉALABLE

L'autorisation préalable de l'assureur est exigée pour certains médicaments dont la liste est disponible sur le site web de l'assureur. Un formulaire d'autorisation préalable doit être rempli par le médecin et soumis à l'assureur pour s'assurer que les médicaments prescrits répondent aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur en fonction, notamment, des lignes directrices de pratique clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé. Il s'agit entre autres de confirmer que les médicaments prescrits :

- 1) sont utilisés pour une indication thérapeutique approuvée par Santé Canada; et
- 2) démontrent une efficacité satisfaisante par rapport aux coûts qui y sont reliés.

Une preuve d'efficacité ou de nouveaux résultats peuvent être demandés en cours de traitement pour déterminer si le médicament produit les effets attendus et demeure admissible au remboursement.

L'assureur se réserve le droit de rembourser un médicament équivalent ou un médicament biosimilaire moins cher s'il en existe sur le marché.

PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT PATIENT ET PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS

L'assureur peut exiger que la personne assurée participe à ces programmes.

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 : selon les dispositions prévues au TABLEAU DES GARANTIES, les services fournis par chaque type de professionnel, à condition que ce professionnel exerce dans les limites de sa compétence et sous réserve d'une visite professionnelle par jour. Il doit également être membre en règle de son association ou de sa corporation professionnelle qui doivent être reconnues par l'assureur. À moins d'indication contraire, ces services ne nécessitent pas de recommandation médicale. Pour chaque type de professionnel, le maximum est limité à une visite par jour.

Les frais engagés pour des techniques d'imagerie utilisées par un chiropraticien, un ostéopathe, un podiatre ou un podologue sont couverts, jusqu'à concurrence du montant 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 : achat et réparation, ou location, à la discrétion de l'assureur, jusqu'à concurrence du coût d'un fauteuil roulant non motorisé, à moins que l'état de santé de la personne assurée requiert l'usage exclusif d'un fauteuil motorisé.

Aides à la marche, cadre de 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 : achat et réparation, ou location, à la discrétion de l'assureur, jusqu'à concurrence du coût d'un lit d'hôpital non électrique, à moins que l'état de santé de la personne assurée requiert l'usage exclusif d'un lit électrique.

Chaussures orthopédiques : achat, à raison de deux paires et jusqu'à concurrence d'un montant payable de 150 \$ par année civile, par personne assurée. 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 ou droites, ou être nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne. De plus, elles doivent être fabriquées et facturées par des laboratoires détenant un permis en vertu de la loi sur la protection de la santé publique. Les frais du présent paragraphe sont également admissibles s'ils sont prescrits par un podiatre. Le coût des additions ou modifications faites à des chaussures préfabriquées est également admissible. Les chaussures normales faisant partie de l'inventaire courant ainsi que les chaussures profondes sont exclues.

Chaussures profondes : achat, si elles sont obtenues d'un laboratoire spécialisé, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 150 \$ par année civile, par personne assurée.

ORTHÈSES ET PROTHÈSES

Les frais qui sont engagés pour des prothèses ou des orthèses ne sont admissibles que dans les cas où ces articles sont fabriqués (et sont facturés, dans le cas des orthèses orthopédiques et supports plantaires) 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 indiqué au TABLEAU DES GARANTIES. Les frais du présent paragraphe sont également admissibles s'ils sont prescrits par un podiatre.

Membre artificiel et prothèse myoélectrique : achat, réparation et remplacement rendu nécessaire par un changement physiologique.

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

Prothèse mammaire externe : achat, lorsqu'elle est requise à la suite d'une mastectomie totale ou radicale réalisée pendant que la personne est assurée 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, y compris l'achat de soutiens-gorge pour prothèses mammaires, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 200 \$ par année civile, par personne assurée.

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

ÉQUIPEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Glucomètre ou réflectomètre : achat ou location, sur recommandation médicale.

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

Moniteur d'apnée : achat ou location, à la discrétion de l'assureur.

Orthèse dentaire ou CPAP : pour le traitement de l'apnée du sommeil : achat, jusqu'à concurrence d'un appareil par personne assurée pour toute période de cinq années consécutives.

Neurostimulateur T.E.N.S. : achat ou location, à la discrétion de l'assureur.

Autres équipements thérapeutiques : achat ou location, à la discrétion de l'assureur, qui sont médicalement nécessaires et destinés à guérir ou à traiter une affection, jusqu'à concurrence d'un montant payable viager de 10 000 \$ par personne assurée. Cette catégorie d'appareils comprend par exemple les stimulateurs de consolidation de fracture, les pompes à insuline, les appareils d'aérosolthérapie et les respirateurs à pression positive intermittente.

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 d'un montant payable de 120 \$ par année civile, par personne assurée.

Stérilet : achat.

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.

Vêtements compressifs pour brûlés : achat.

Pansements médicamenteux : achat.

SERVICES DIAGNOSTIQUES

Techniques d'imagerie, analyse de laboratoire, traitement aux isotopes radioactifs et test pour le dépistage prénatal, à l'exclusion des services reçus à l'hôpital.

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, et non en raison de l'introduction volontaire ou involontaire d'une substance alimentaire ou d'un objet dans sa bouche. 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. Le coût des frais admissibles est limité aux honoraires prévus dans le guide des tarifs de l'année en cours des actes bucco-dentaires des associations dentaires provinciales utilisé par les praticiens généralistes de la province de résidence de l'adhérent.

TRAITEMENTS

Traitement de l'infertilité : les frais engagés pour tout traitement de l'infertilité couvert par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

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, jusqu'à concurrence du montant payable indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Chirurgie oculaire réfractive : pratiquée par un ophtalmologiste, jusqu'à concurrence du montant payable indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ

Le service Info Accès-Santé est un service téléphonique offert 24 heures sur 24 qui offre un accès rapide à une infirmière qualifiée afin d'obtenir des conseils en toute confidentialité en cas de problème de santé non urgent.

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

- Santé
- Vaccination
- Prise de médicaments ou de produits naturels
- Soins aux enfants
- Ressources gouvernementales locales

Le service Info Accès-Santé doit être considéré comme un complément d'informations à la consultation médicale. En cas de situation d'urgence médicale, l'infirmière recommandera de raccrocher et de composer le 911.

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

La personne couverte 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 – MALADE DIRIGÉ

Tous les frais admissibles énumérés à la partie ci-après intitulée « Assurance voyage », mais qui sont engagés hors de la province de résidence habituelle de la personne assurée parce qu'elle a été dirigée vers un autre médecin, sont considérés comme étant des frais admissibles, sous réserve de ce qui suit :

- 1) le service ou le traitement ne se donne pas au Canada ou dans la province de résidence habituelle de la personne assurée;
- 2) la personne assurée doit fournir à l'assureur une lettre écrite par un médecin de la province de résidence habituelle de la personne assurée et dans laquelle le médecin indique qu'il dirige le patient vers un autre médecin;
- 3) l'assureur doit donner son autorisation écrite au préalable;
- 4) le régime provincial d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie (ou les deux) doit participer au remboursement des frais admissibles.

Le montant maximum payable par l'assureur à l'égard des frais admissibles engagés hors de la province de résidence à la suite d'une orientation vers un autre médecin sera limité au pourcentage de remboursement et au maximum indiqués au TABLEAU DES GARANTIES.

FRAIS ADMISSIBLES – ASSURANCE VOYAGE

Lorsqu'une personne assurée doit engager des frais en raison d'une urgence médicale survenant au cours des trois premiers mois 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 trois mois, sans quoi la personne assurée pourrait ne pas être couverte en vertu de l'assurance voyage.

Les frais et les services suivants qui sont admissibles au Canada en vertu de la présente garantie sont admissibles comme s'ils avaient été engagés au Canada, incluant le calcul du montant remboursable :

- Médicaments;
- Professionnels de la santé;
- Fournitures médicales;

- Ambulance;
- Soins dentaires à la suite d'un accident;
- Lunettes, lentilles et chirurgie.

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 1 500 \$. 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 de la personne assurée ou de celui qu'elle a loué, 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 le véhicule et qu'aucun membre de la famille immédiate ou compagnon de voyage l'accompagnant ne soit en état de le faire. Sont également admissibles, les frais d'une agence professionnelle de transport de véhicules ou les frais raisonnables et nécessaires engagés par la personne assurée pour l'essence, les repas, l'hébergement et un billet aller seulement en classe économique. Le véhicule doit être en état de marche pour effectuer le voyage de retour sans problème mécanique et le retour doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance; le remboursement maximal est de 2 500 \$ par voyage;
- 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) ou les frais pour la préparation du corps et les frais d'incinération ou d'enterrement, si la dépouille n'est pas rapatriée à son lieu de résidence, jusqu'à concurrence de 5 000 \$; le coût du cercueil ou de l'urne n'est pas inclus et le retour doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance;
- h) les frais de transport public adéquat pour le rapatriement d'enfants qui accompagnent la personne assurée et dont elle a la garde durant le voyage si la personne assurée doit être rapatriée ou si elle doit demeurer à l'hôpital plus de 24 heures et si aucune autre personne ne peut ramener les enfants à leur lieu de résidence; le retour doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance;

- i) le coût supplémentaire de transport pour le rapatriement d'un chat ou d'un chien qui accompagne la personne assurée si cette dernière doit être rapatriée et si aucune autre personne ne peut ramener l'animal au lieu de résidence de la personne assurée; le retour doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance et le remboursement maximal est de 500 \$ par voyage;
 - j) les frais de transport de bagages de la personne assurée si elle doit être rapatriée, pour l'excédent de bagages s'ils sont rapportés par une autre personne ou le retour de bagages au lieu de résidence de la personne assurée si aucune autre personne ne peut les rapporter; le retour des bagages doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance et le remboursement maximal est de 300 \$ par voyage.
- 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 personne assurée, 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) Les prestations sont limitées aux montants indiqués au TABLEAU DES GARANTIES ou dans la garantie.
- 2) 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) la partie des services, des soins ou des produits que la personne reçoit gratuitement ou qui est 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 tout ce qui est implanté chirurgicalement, à l'exception des cristallins artificiels s'ils sont couverts par la police;
 - 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 robotisés d'aide à la marche;
 - h) 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;
 - i) les équipements de type «Obus Forme»;
 - j) 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;
 - k) les couches pour incontinence;
 - l) les soins dentaires, sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;

- m) 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;
- n) les voyages de santé ou les voyages effectués pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- o) les services, les soins ou les produits non inclus dans la liste des frais admissibles;
- p) les frais admissibles qui découlent directement ou indirectement :
 - i) de soins esthétiques;
 - ii) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel;
 - iii) 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;
 - iv) d'une guerre, déclarée ou non; toutefois, la personne assurée qui doit entreprendre un voyage à des fins professionnelles dans le cadre des fonctions liées à son emploi n'est pas visée par la présente exclusion;
 - v) 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;
 - 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;
- q) les frais engagés pour une cure de désintoxication;
- r) les frais engagés pour le traitement de l'infertilité qui ne sont pas couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec;
- s) les produits et les médicaments prescrits pour le traitement de dysfonctions sexuelles;
- t) les lunettes de soleil, les lunettes protectrices ou les lunettes opaques;
- u) les frais engagés pour des tests génétiques.

Les prestations peuvent être limitées ou aucun remboursement effectué pour des soins ou produits disponibles dans le réseau de fournisseurs privilégiés mais obtenus d'un autre fournisseur.

3) 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 produits pour la pousse des cheveux;
 - ii) les produits pour soins esthétiques;
 - iii) les cosmétiques;
 - iv) les écrans solaires;
 - v) les eaux minérales;
 - vi) les produits dits naturels.
- 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 vaccins préventifs.
- f) les médicaments pour le traitement de l'infertilité, sauf ceux couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments pour les résidents du Québec;
- g) les frais engagés pour des soins, produits ou médicaments qui sont utilisés pour traiter des conditions spécifiques autres que celles pour lesquelles ils ont été approuvés par Santé Canada;
- h) les frais engagés pour des soins, produits ou médicaments qui font l'objet d'une consommation plus élevée que celle prévue par les critères de bonnes pratiques cliniques établis par l'assureur.

Les prestations peuvent être limitées ou aucun remboursement effectué pour des médicaments ou produits disponibles dans le réseau de fournisseurs privilégiés mais obtenus d'un autre fournisseur.

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.

4) Exclusion applicable aux médicaments exigeant une autorisation préalable

L'assureur se réserve le droit d'appliquer certaines restrictions, exclusions et limitations, notamment pour les soins, produits ou médicaments qui ne répondent pas aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur à la date à laquelle les frais sont engagés.

5) Restrictions applicables aux médicaments

- a) l'assureur se réserve le droit d'appliquer des restrictions au remboursement de médicaments pour lesquels un médicament équivalent moins cher existe sur le marché;
- b) 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.

6) Limitations additionnelles applicables aux médicaments

Pour les médicaments biologiques, l'assureur se réserve le droit de rembourser un médicament biosimilaire moins cher s'il en existe sur le marché.

7) Exclusions additionnelles applicables aux médicaments

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

- a) médicaments ou produits qui sont inscrits sur la liste des médicaments ou produits exclus, disponible sur le site web de l'assureur. Cette liste est établie en fonction, notamment, des données relatives à l'efficacité des médicaments ou produits par rapport aux coûts qui y sont reliés, des lignes directrices de pratique clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé.
- b) médicaments ou produits considérés par l'assureur comme devant être administrés à l'hôpital ou en milieu hospitalier, notamment ceux nécessitant une surveillance médicale particulière pendant le traitement en raison de la gravité de l'état du patient, de la complexité du traitement ou pour des motifs de sécurité. Afin d'identifier ces médicaments ou produits, l'assureur utilise, sans s'y limiter, les données provenant des monographies de produits approuvées par Santé Canada et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé.

8) Exclusions et limitations 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 même après le rapatriement.

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, sauf si la personne assurée a été dirigée vers un autre médecin, conformément aux dispositions prévues à la partie MALADE DIRIGÉ de la présente garantie;
- 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, une région ou un endroit pour lesquels le gouvernement du Canada a émis un avertissement d'éviter tout voyage, avant la date de début du 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, cette région ou cet endroit dès que possible mais au plus tard dans les 14 jours qui suivent l'émission de l'avertissement.

Par ailleurs, la personne assurée qui doit entreprendre un voyage à des fins professionnelles dans le cadre des fonctions liées à son emploi n'est pas visée par la présente exclusion;

- 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;
- i) pour les frais engagés pour une grossesse, une fausse couche, un accouchement ou leurs complications, lorsque ces frais sont engagés après les 32 premières semaines de grossesse;
- j) pour tout accident survenant durant le voyage et qui résulte de la pratique par la personne assurée d'une activité sportive contre rémunération (incluant les prix remis en argent), ou d'un sport ou d'une activité représentant un haut degré de risque, notamment :
 - i) le deltaplane et le parapente;
 - ii) le kitesurf, si la personne assurée ne détient pas une qualification IKO de niveau 3 et plus;
 - iii) le parachutisme et la chute libre;
 - iv) le saut à l'élastique (bungee jumping);
 - v) l'escalade pratiquée à l'extérieur et pas en moulinette;
 - vi) l'alpinisme sur une route de difficulté cotée 4 ou 5 sur l'échelle du Yosemite Decimal System;
 - vii) le ski acrobatique pratiqué dans le cadre d'un entraînement, d'une préparation à une compétition ou d'une compétition;
 - viii) le ski hors-piste en dehors des itinéraires balisés ou surveillés d'une station de ski;
 - ix) la plongée autonome en tant qu'amateur, si la personne assurée ne détient pas une qualification de plongeur (au moins le niveau de base) d'une école de plongée certifiée;
 - x) les sports de combat;
 - xi) les courses et les entraînements de véhicules motorisés.

Les prestations d'assurance voyage sont limitées au maximum 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

Au décès de l'adhérent et sous réserve des dispositions prévues à la présente garantie, l'assurance des personnes à charge est prolongée sans paiement de prime jusqu'à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle 30 jours se sont écoulés après la date du décès de l'adhérent;
- 2) la date à laquelle la personne à charge cesse d'être admissible pour une autre raison que le décès de l'adhérent;
- 3) la date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si l'adhérent n'était pas décédé;
- 4) la date de la fin de la garantie ou du contrat.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

Les demandes de prestations pour l'hospitalisation ou les services d'un médecin assurés à l'extérieur du Canada doivent être reçues dans les 90 jours qui suivent le traitement ou le congé de l'hôpital.

Toute autre demande de prestations, à l'exception des frais de médicaments, doit être accompagnée des pièces justificatives appropriées et être adressée à l'assureur avant la fin d'une période de 15 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. Toutefois, si l'assurance d'un adhérent est résiliée, y compris la résiliation de la garantie ou du contrat, toutes les demandes doivent être reçues au plus tard trois mois après la date de résiliation. Toute demande reçue après ces dates sera refusée.

Par la suite, une preuve écrite jugée satisfaisante par l'assureur attestant la continuation de l'invalidité totale doit lui être remise chaque fois qu'il en fait la demande.

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.

Denturologiste désigne une personne dûment autorisée par l'organisme provincial responsable à vendre et ajuster des prothèses dentaires.

Généraliste désigne un dentiste qui exerce sans spécialité à l'intérieur de sa profession.

Guide des tarifs désigne

- 1) pour les soins engagés au Canada : le guide des tarifs des actes bucco-dentaires des associations dentaires provinciales utilisé par les praticiens généralistes de la province où le traitement est donné à la personne assurée, pour l'année civile indiquée au TABLEAU DES GARANTIES;
- 2) pour les soins engagés à l'extérieur du Canada : 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.

Spécialiste désigne une personne spécialisée dans une des branches de la médecine dentaire et légalement licenciée par l'organisme provincial responsable.

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 le cas des personnes à charge, 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.

FRAIS

- 1) Frais engagés

Frais engagés désigne les frais qui correspondent à un acte professionnel déjà posé.

Les frais ne sont considérés comme étant engagés qu'une fois le traitement effectué, même si un programme de traitement a été soumis à l'assureur et approuvé par l'assureur.

Dans le cas de prothèses dentaires, les frais ne sont considérés comme étant engagés qu'une fois la mise en place effectuée.

Si un orthodontiste établit une charge unique au début d'un traitement qui s'étend sur plus d'un an, l'assureur se réserve le droit d'étaler cette charge sur toute la durée du traitement et de rembourser les frais périodiquement tout au long du traitement.

- 2) Frais couverts

Frais couverts désigne les frais engagés pour les soins donnés par le généraliste ou recommandés par le généraliste et donnés par le spécialiste. Seuls sont couverts les frais engagés lorsque le contrat est en vigueur. Les frais engagés au Canada sont limités au tarif normal suggéré pour un généraliste de la province où ces traitements sont donnés, tel qu'indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Les frais engagés pour les soins donnés par le denturologiste et recommandés par le généraliste sont limités au tarif normal suggéré pour un denturologiste de la province où ces traitements sont donnés.

Les frais engagés à l'étranger sont limités au tarif normal suggéré pour un généraliste de la province de résidence de la personne assurée, tel qu'indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

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.

Les frais admissibles engagés au cours des trois derniers mois d'une année civile servant à couvrir en partie ou en totalité la franchise de cette même année sont également appliqués en réduction de la franchise de l'année civile suivante.

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

EXAMEN BUCCAL CLINIQUE

- Examen complet initial, une fois tous les 24 mois
- Examen de rappel ou périodique, une fois tous les 9 mois
- Examen spécifique
- Examen d'urgence et/ou de consultation
- Examen parodontal, une fois tous les 60 mois
- Examen des dysfonctions du système, une fois tous les 60 mois
- Examen prosthodontique, une fois tous les 24 mois
- Examen spécifique d'orthodontie

CONSULTATION

- Programme de traitement
- Consultation avec un patient
- Consultation avec un membre de la profession

TESTS ET EXAMENS DE LABORATOIRE

- Cultures bactériologiques pour la détermination d'agents pathologiques
- Tests de susceptibilité à la carie
- Biopsies de tissus mou ou dur

- Examen cytologique
- Tests de vitalité

RADIOGRAPHIES

- Série complète de pellicules périapicales et interproximales, minimum 16 films, une fois tous les 24 mois
- Rétrocoronaires, une série de clichés une fois tous les 9 mois
- Films intra-oraux
- Films occlusaux
- Films interproximaux, une fois tous les six mois
- Examen de sinus
- Films extra-oraux
- Sialographie
- Utilisation de substances radio-opaques pour démontrer les lésions
- Articulations temporo-mandibulaire
- Pellicule panoramique, une fois tous les 24 mois
- Films céphalométriques
- Interprétation de radiographies provenant d'une autre source
- Tomographie
- Main et poignet, comme aide diagnostic au traitement dentaire

SERVICES DE PRÉVENTION

- Scellants pour les enfants de moins de 18 ans
- Polissage de la partie coronaire des dents, une fois tous les 9 mois
- Application topique de fluorure, une fois tous les 9 mois
- Instructions d'hygiène buccale, une fois tous les six mois
- Programme de contrôle de la plaque dentaire, une fois tous les six mois
- Prévention de la carie, une fois tous les six mois
- Appareils de maintien (sauf pour orthodontie) , une fois tous les six mois

SOINS DE BASE, ENDODONTIE ET PARODONTIE

TRAITEMENT D'URGENCE ET RESTAURATION

- Pansement sédatif (palliatif)
- Restauration en amalgame
- Tenons par restauration
- Restauration en silicate
- Restauration en acrylique ou composite (pour les dents antérieures et postérieures)
- Recimentation d'incrustation ou de couronne

ENDODONTIE

- Coiffage de pulpe
- Pulpotomie
- Traitement de canal
- Apexification
- Traitement périapicaux
- Amputation de racine
- Traitements endodontiques spéciaux
- Hémisection
- Blanchiment
- Réimplantation intentionnelle comprenant exérèse, préparation et obturation canalaire et reposition
- Traitements d'urgence
- Stabilisateur endodontiques intra-osseux

PÉRIODONTIE

- Examen périodentaire de contrôle
- Pansement périodentaire sédatif
- Consultation et soins des infections aiguës et des autres lésions
- Application d'agent désensibilisant par dent
- Curetage subgingival

- Gingivoplastie
- Gingivectomie
- Correction par ostéoplastie/ostéectomie
- Greffe osseuse
- Greffe de pédicules
- Greffe de tissus mous
- Vestibuloplastie
- Résection de fibres gingivales
- Opération « Distal Wedge »
- Traitements post-opératoires par visite
- Traitement d'un abcès périodontaire
- Jumelage provisoire
- Équilibration de l'occlusion, maximum de 8 visites par période de 12 mois
- Détartrage et aplanissement des racines
- Appareil ou plaque occlusale

AJUSTEMENT D'UNE PROTHÈSE

- Ajustements mineurs
- Remontage avec balancement
- Réparations
- Addition à un partiel
- Nettoyage et polissage d'une prothèse
- Rebasage, regarnissage
- Réparation de ponts

CHIRURGIE BUCCALE

- Ablation de dent ayant fait éruption – sans complication
- Ablation chirurgicale
- Exposition chirurgicale d'une dent
- Énucléation d'une dent n'ayant pas fait éruption et de son follicule

- Alvéoplastie
- Gingivoplastie et/ou stomatoplastie
- Ostéoplastie
- Abaissement du plancher de la bouche
- Ablation de tumeurs et de kystes
- Incision et drainage
- Réduction de fracture
- Réparation d'une lacération de tissu mou
- Frénectomie
- Dislocation de la mandibule
- Traitement des glandes salivaires
- Recouvrement immédiat d'une racine dentaire ou d'un corps étranger ayant pénétré dans l'antrum, incluant la fermeture
- Recouvrement non immédiat d'une racine dentaire ou d'un corps étranger dans l'antrum, prodécure indépendante par anthrostomie
- Lavage de l'antrum
- Fermeture d'une fistule oro-antrale
- Contrôle d'hémorragie
- Traitement post-chirurgical
- Alvéolectomie
- Tubéroplastie
- Ablation des tissus hyperplasiques
- Ablation de surplus de muqueuses
- Ablation de papillomatoses palatines
- Reconstitution du procès alvéolaires
- Extension des replis muqueux
- Anesthésie générale

SOINS DE RESTAURATION MAJEURE

PROTHÈSES

Les frais de prothèses initiales (prothèses fixes, prothèses amovibles temporaires ou permanentes, partielles ou complètes) rendues nécessaires suite à l'extraction de dents naturelles pendant que la personne est couverte en vertu de la présente garantie ou en vertu d'une garantie similaire avec son assureur précédent et qu'elle le prouve à la satisfaction de l'assureur.

Les frais de remplacement d'une prothèse actuelle, fixe ou amovible, temporaire ou permanente, partielle ou complète, mais seulement s'il est prouvé à la satisfaction de l'assureur que :

- a) le remplacement est nécessaire suite à l'extraction de dents naturelles pendant que la personne assurée est couverte en vertu de la présente garantie ou en vertu d'une garantie similaire avec son assureur précédent;
- b) la prothèse amovible ou fixe a été installée au moins cinq ans avant son remplacement et que la prothèse amovible ou fixe actuelle ne peut pas être réparée;
- c) la prothèse déjà en place est temporaire et date de moins de 6 mois. Le montant de remboursement de la prothèse permanente est réduit du montant déjà remboursé par l'assureur pour la prothèse temporaire. Après cette période la prothèse temporaire est considérée permanente.

PROTHÈSES AMOVIBLES COMPLÈTES

- Comprend : impressions (primaire et finale), articulation, essayage, mise en bouche et trois visites de contrôle dans les trois mois suivant la mise en bouche
- Maxillaire supérieur
- Maxillaire inférieur
- Maxillaire supérieur et inférieur
- Prothèse immédiate, incluant trois visites de contrôle, dans les trois mois suivant l'insertion, les conditionneurs de tissus, mais non un regarnissage ou rebasage permanent
- Prothèse complète temporaire (la première prothèse de remplacement est considérée permanente)

PROTHÈSES AMOVIBLES PARTIELLES

- De transition (la première prothèse de remplacement est considérée permanente)
- Avec base coulée, alliage chrome/cobalt

- Avec attaches de semi-précision

PROTHÈSES FIXES

- Couronnes
- Autres services de restauration

PROTHÈSES FIXES EXTENSIVES

- Modèle de diagnostic
- Pontiques
- Incrustation avec ou sans recouvrement
- Couronne télescopique
- Attachement de précision
- Jumelage
- Tiges de rétention dans les piliers
- Couverture temporaire
- Piliers
- Pont papillon
- Évaluation de cas

SOINS ORTHODONTIQUES

Les frais raisonnables engagés pour des traitements orthodontiques donnés par un orthodontiste, y compris les prothèses orthodontiques, afin de corriger les irrégularités dentaires chez un enfant à charge assuré âgé de moins de 18 ans.

DIAGNOSTIC

- Examen complet
- Films céphalométriques
- Interprétation de radiographies provenant d'une autre source
- Tomographie
- Main et poignet
- Modèles de diagnostic pour orthodontie
- Plan de traitement

APPAREIL DE MAINTIEN

- Appareils de maintien
- Surveillance et ajustement

ORTHODONTIE CORRECTIVE ET PRÉVENTIVE

- Appareils amovibles
- Appareils fixes
- Appareils de contrôle des habitudes
- Appareils de rétention

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, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

Dans le cas d'une demande d'adhésion tardive pour les personnes à charge ainsi qu'il est indiqué à la partie ADHÉSION TARDIVE de la présente garantie, le remboursement pour l'ensemble des frais de soins dentaires est limité à 250 \$ par personne assurée pendant les 6 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 60 % 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) tout traitement ou appareil, directement ou indirectement relié à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;
- 2) les soins donnés par un hygiéniste dentaire qui ne sont pas administrés sous la surveillance d'un dentiste;

- 3) les soins dentaires couverts en vertu de la garantie maladie, si cette garantie fait partie du contrat, ou en vertu de tout autre contrat d'assurance collective;
- 4) les services et fournitures relatifs au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport;
- 5) tous les frais payables ou remboursables en vertu d'un régime d'assurance gouvernemental ou privé ou qui habituellement l'auraient été;
- 6) toute blessure ou maladie qui résulte d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non; toutefois, la personne assurée qui doit entreprendre un voyage à des fins professionnelles dans le cadre des fonctions liées à son emploi n'est pas visée par la présente exclusion.
- 7) toute blessure ou maladie qui résulte d'une agitation civile, d'une insurrection ou de la participation à une émeute.
- 8) les soins dentaires qui ne sont pas médicalement nécessaires, qui sont reçus à des fins esthétiques ou qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique;
- 9) les services, soins ou produits dentaires que la personne a reçus gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de la personne assurée.

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.

OPTION DU TYPE DE TRAITEMENT

S'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de la personne assurée, l'assureur rembourse les frais les moins élevés, à condition toutefois que le traitement donné soit normal et approprié.

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.

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

Au décès de l'adhérent et sous réserve des dispositions prévues à la présente garantie, l'assurance des personnes à charge est prolongée sans paiement de prime jusqu'à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle 30 jours se sont écoulés après la date du décès de l'adhérent;
- 2) la date à laquelle la personne à charge cesse d'être admissible pour une autre raison que le décès de l'adhérent;
- 3) la date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si l'adhérent n'était pas décédé;
- 4) la date de la fin de la garantie ou du contrat.

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 avant la fin d'une période de 15 mois consécutifs suivant la date où les frais ont été engagés. Toutefois, si l'assurance d'un adhérent est résiliée, y compris la résiliation de la garantie ou du contrat, toutes les demandes doivent être reçues au plus tard trois mois après la date de résiliation. Toute demande reçue après ces dates sera refusée.

L'assureur se réserve le droit de demander, sans aucun frais de sa part, un diagramme complet montrant l'état de la dentition de la personne assurée avant le début des traitements pour lesquels une demande de prestations est faite. L'assureur peut également, s'il le juge nécessaire, exiger les rapports de laboratoire ou d'hôpital, les 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.

BON À SAVOIR

DEMANDES POUR SOINS MÉDICAUX ET DENTAIRES

Il y a 2 façons de communiquer avec nous pour toute question concernant les frais admissibles en vertu de l'assurance accident-maladie ou l'assurance frais dentaires :

Par courriel à : Servicecollectif@dsf.ca

Par téléphone au : 1 800 463-7843

Pour une meilleure expérience client, il est important d'avoir en main le numéro de police et le numéro de certificat lorsqu'un agent est disponible pour répondre à l'appel.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Pour obtenir toute autre information, l'adhérent est invité à visiter le site de Desjardins Sécurité financière à www.desjardins.com sous l'onglet « Nous joindre ».

BÉNÉFICIAIRE

Cette clause retire ou restreint le droit de l'adhérent de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes sont payables :

Seules les garanties qui prévoient des prestations en cas de décès de l'adhérent sont sujettes à la désignation de bénéficiaire(s) qui est alors la même pour l'ensemble de ces garanties.

ACCÈS À LA POLICE D'ASSURANCE COLLECTIVE

L'adhérent peut demander à Desjardins Sécurité financière d'obtenir une copie de sa demande d'adhésion, de son rapport d'assurabilité et de la police.

MODIFICATION AUX RÉGIMES GOUVERNEMENTAUX

Si une modification aux régimes gouvernementaux a pour effet d'accroître les obligations de l'assureur en vertu du contrat, ce dernier continue de s'appliquer comme si les régimes gouvernementaux n'avaient pas été modifiés, sauf si le preneur et l'assureur en conviennent autrement par écrit.

COMMENT DÉPOSER UNE PLAINTÉ

Si l'adhérent n'est pas satisfait pour quelque chose que nous avons dit ou fait, ou s'il estime avoir été lésé ou s'il veut que nous corrigions une situation, il peut déposer une plainte auprès de l'équipe responsable du traitement des plaintes de DSF. Le rôle de cette équipe consiste à évaluer le bien fondé des décisions et des pratiques de l'entreprise lorsqu'un de ses clients estime qu'il n'a pas obtenu le service auquel il avait droit.

Il peut joindre l'équipe responsable du traitement des plaintes de trois façons :

Par écrit, à l'adresse suivante :

Équipe responsable du traitement des plaintes
Desjardins Sécurité financière,
100, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 7N5

Par courriel à : plaintes@desjardins.com

Par téléphone au : 1 877 938-8184

Pour obtenir des renseignements additionnels sur la procédure à suivre en cas de plainte ou pour obtenir notre formulaire de plainte, l'adhérent est invité à visiter notre site www.desjardins.com sous l'onglet « Nous joindre ».

La protection Assuris

Desjardins Assurances est membre d'Assuris, une société à but non lucratif financée par l'Industrie de l'assurance vie. Elle protège les assurés canadiens contre la perte de leurs prestations en cas de faillite d'une société membre.

Pour connaître l'étendue de la protection d'Assuris, consultez le **www.assuris.ca**. Vous pouvez aussi obtenir une brochure en écrivant à l'adresse **info@assuris.ca** ou par téléphone au 1 866 878-1225.

Notre engagement envers vous

Nous sommes toujours là pour répondre à vos questions. Vous pouvez compter sur notre équipe chevronnée pour vous fournir un service hors pair et traiter vos demandes avec efficacité. Nous veillons à votre bien-être et vous procurons un soutien financier au moment où vous en avez le plus besoin.

desjardinsassurancevie.com/adherent



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. Desjardins^{MD}, Desjardins Assurances^{MC} et les marques de commerce associées sont des marques de commerce de la Fédération des caisses Desjardins du Québec utilisées sous licence par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. 200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2 / 1 866 647-5013 desjardinsassurancevie.com