



# Votre régime d'assurance collective



**LOTO-QUÉBEC ET SES FILIALES**

**Police n° Q1660**

**Employés de soutien syndiqués de SCQ**

# **Votre régime d'assurance collective**

**LOTO-QUÉBEC ET SES FILIALES**

**Police n° Q1660**

**Employés de soutien syndiqués de SCQ**

**Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de votre police d'assurance collective qui a pris effet le 1<sup>er</sup> janvier 2020. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.**

**Date de prise d'effet du régime révisé : 23 août 2021**

## TABLE DES MATIÈRES

CATÉGORIES	1
TABLEAU DES GARANTIES	2
DÉFINITIONS	25
ADMISSIBILITÉ	29
PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE ET EXONÉRATION DES PRIMES	31
CESSATION DE L'ASSURANCE	37
DEMANDES DE PRESTATIONS	39
ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT	42
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT	45
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE DE L'ADHÉRENT	47
ASSURANCE MALADIES GRAVES FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT (PLAN ENRICHÉ)	50
ASSURANCE MALADIES GRAVES FACULTATIVE DU CONJOINT DE L'ADHÉRENT (PLAN ENRICHÉ)	70
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT	90
ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE	98
ASSURANCE FRAIS DENTAIRE	129
COMPTE DE DÉPENSES DE FRAIS DE SANTÉ (CDFS)	138
BON À SAVOIR	143

## CATÉGORIES

<u>Catégorie</u>	<u>Description de la catégorie</u>
411	Employés de soutien syndiqués de SCQ – Maladie 1 & Dentaire 1
412	Employés de soutien syndiqués de SCQ – Maladie 1 & Dentaire 2
413	Employés de soutien syndiqués de SCQ – Maladie 1 & Dentaire 3
421	Employés de soutien syndiqués de SCQ – Maladie 2 & Dentaire 1
422	Employés de soutien syndiqués de SCQ – Maladie 2 & Dentaire 2
423	Employés de soutien syndiqués de SCQ – Maladie 2 & Dentaire 3
431	Employés de soutien syndiqués de SCQ – Maladie 3 & Dentaire 1
432	Employés de soutien syndiqués de SCQ – Maladie 3 & Dentaire 2
433	Employés de soutien syndiqués de SCQ – Maladie 3 & Dentaire 3

## TABLEAU DES GARANTIES

### DISPOSITIONS GÉNÉRALES

#### TOUTES LES CATÉGORIES

**Adhésion :** Obligatoire

#### **Conditions d'admissibilité**

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

Un minimum de 25 % du nombre d'heures prévu au titre d'emploi de l'employé. L'employé à temps partiel à horaire variable devient admissible ou perd son admissibilité aux assurances vers le 1<sup>er</sup> avril (date d'évaluation de son statut par l'employeur).

**Délai d'admissibilité :** Aucun

#### **Exonération des primes**

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

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

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

## **ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT**

### **TOUTES LES CATÉGORIES**

**Montant de l'assurance :**

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

**\* Réduction du montant :**

Aucune

**Fin de la garantie**

**Âge limite :**

Le 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite définitive, selon la première éventualité.

## **ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT**

### **TOUTES LES CATÉGORIES**

**Montant de l'assurance :**

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

**Maximum sans preuve d'assurabilité :**

50 000 \$ si la demande d'adhésion est soumise dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle l'adhérent devient admissible à l'assurance.

**Fin de la garantie**

**Âge limite :**

Le 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite définitive, selon la première éventualité.

## **ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE**

### **TOUTES LES CATÉGORIES**

#### **Montant de l'assurance :**

Conjoint :

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

Chaque enfant :

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

#### **Maximum sans preuve d'assurabilité :**

Conjoint : 10 000 \$ à l'adhésion initiale si la demande d'adhésion est soumise dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle le conjoint devient admissible à l'assurance.

Chaque enfant : 50 000 \$ si la demande d'adhésion est soumise dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle l'enfant devient admissible à l'assurance d'un nouvel employé ou dans les 30 jours suivant un événement de vie pour lequel un nouvel enfant à charge est admissible.

#### **Fin de la garantie**

#### **Âge limite :**

Assurance du conjoint : Le 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance du conjoint, ou à la date de la retraite définitive de l'adhérent, selon la première éventualité.

Assurance de chaque enfant : Le 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent, ou à la date de la retraite définitive de l'adhérent, selon la première éventualité.

**ASSURANCE MALADIES GRAVES FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT  
(PLAN ENRICH)**

**TOUTES LES CATÉGORIES**

**Montant de l'assurance :**

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

**Maximum sans preuve  
d'assurabilité :**

50 000 \$ si la demande d'adhésion est soumise dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle l'adhérent devient admissible à l'assurance.

**Fin de la garantie**

**Âge limite :**

Le 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite, selon la première éventualité.

**ASSURANCE MALADIES GRAVES FACULTATIVE DU CONJOINT DE  
L'ADHÉRENT (PLAN ENRICH)**

**TOUTES LES CATÉGORIES**

**Montant de l'assurance :**

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

**Maximum sans preuve  
d'assurabilité :**

20 000 \$ si la demande d'adhésion est soumise dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle le conjoint devient admissible à l'assurance.

**Fin de la garantie**

**Âge limite :**

Le 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance du conjoint ou à la date de la retraite définitive de l'adhérent, selon la première éventualité.

## ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT

### TOUTES LES CATÉGORIES

<b>Pourcentage et maximum des prestations :</b>	70 % du revenu mensuel tel qu'établi à la 183 <sup>e</sup> journée d'invalidité totale, arrondi au prochain multiple de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un, jusqu'à concurrence d'un remplacement de revenu net de 7 000 \$ par mois.
<b>Maximum sans preuves d'assurabilité :</b>	7 000 \$ de remplacement de revenu net par mois
<b>Délai de carence :</b>	26 semaines
<b>Âge maximum d'admissibilité :</b>	L'admissibilité cesse à la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 64 ans et 6 mois.
<b>Durée maximale des prestations :</b>	Jusqu'à l'âge de 65 ans
<b>Rajustement selon l'indice des prix à la consommation :</b>	Jusqu'à concurrence de 3 %. Première augmentation le 1 <sup>er</sup> janvier qui suit 2 ans de versement de prestations d'invalidité de longue durée, puis le 1 <sup>er</sup> janvier de chaque année par la suite.
<b>Imposition des prestations :</b>	Non imposables
<b><u>Cessation du versement des prestations</u></b>	
<b>Âge limite :</b>	Le 65 <sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite définitive, selon la première éventualité.

## ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE – OPTION 1

### CATÉGORIES 411, 412 ET 413

#### Montant de la franchise

**Médicaments :** 6 \$ par prescription

**Tous les autres frais :** Aucune

#### Pourcentage de remboursement

- Médicaments :**
- 1) Médicaments génériques : 100 %
  - 2) Médicaments de marque :
    - 70 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché
    - 100 % \* du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché
- \* ou selon le pourcentage établi par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) du prix du médicament de marque s'il est sur la liste de médicaments de la RAMQ

#### **Contribution maximale pour les médicaments :**

Pour chaque année civile, une contribution maximale s'applique aux frais admissibles pour les médicaments. Cette contribution est la franchise et toute partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de cette garantie.

Lorsque la contribution de l'adhérent atteint le maximum de la contribution annuelle établie par la RAMQ, pour les frais engagés par lui-même et ses enfants à charge, le pourcentage de remboursement des médicaments pour l'adhérent et ses enfants à charge, passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

Lorsque la contribution atteint le maximum de la contribution annuelle établie par la RAMQ, pour les frais engagés par le conjoint de l'adhérent, le pourcentage de remboursement des médicaments pour le conjoint, passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

**Frais d'hospitalisation :** 100 %

**Assurance voyage :** 100 %

**Assurance annulation de voyage :** Frais non couverts

**Pour tous les autres frais :** 70 %

**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 :**

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

Les frais de séjour dans une chambre à deux lits (semi-privée), repas compris, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 125 \$ par jour, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 60 jours par année civile par personne assurée.

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

**Soins infirmiers :** Montant payable de 5 000 \$ par année civile par personne assurée.

**Services  
paramédicaux :**

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

- acupuncteur
- audiologiste ou thérapeute de l'ouïe
- chiropraticien (incluant les radiographies)
- massothérapeute (sur recommandation médicale)
- naturopathe
- orthophoniste ou thérapeute de la parole
- ostéopathe
- podiatre ou podologue

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

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

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

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

- psychologue, psychothérapeute, travailleur social ou conseiller en orientation

**Chaussures  
orthopédiques :**

Frais non couverts

**Orthèses podiatriques  
ou supports plantaires :**

Frais non couverts

**Prothèses auditives :**

Frais non couverts

**Services  
diagnostiques :**

Frais non couverts

**Soins de la vue :**

Frais non couverts

**Fin de la garantie**

**Âge limite :**

La date de la retraite définitive.

## ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE – OPTION 2

### CATÉGORIES 421, 422 ET 423

#### Montant de la franchise

**Médicaments :** 3 \$ par prescription

**Tous les autres frais :** Aucune

#### Pourcentage de remboursement

- Médicaments :**
- 1) Médicaments génériques : 100 %
  - 2) Médicaments de marque :
    - 80 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché
    - 100 %\* du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché
- \* ou selon le pourcentage établi par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) du prix du médicament de marque s'il est sur la liste de médicaments de la RAMQ

#### **Contribution maximale pour les médicaments :**

Pour chaque année civile, une contribution maximale s'applique aux frais admissibles pour les médicaments. Cette contribution est la franchise et toute partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de cette garantie.

Lorsque la contribution de l'adhérent atteint 90 % du maximum de la contribution annuelle établie par la RAMQ, pour les frais engagés par lui-même et ses enfants à charge, le pourcentage de remboursement des médicaments pour l'adhérent et ses enfants à charge, passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

Lorsque la contribution atteint 90 % du maximum de la contribution annuelle établie par la RAMQ, pour les frais engagés par le conjoint de l'adhérent, le pourcentage de remboursement des médicaments pour le conjoint, passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

**Frais d'hospitalisation :** 100 %

**Assurance voyage :** 100 %

**Assurance annulation de voyage :** Frais non couverts

**Pour tous les autres frais :** 80 %

**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 :**

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

Les frais de séjour dans une chambre à deux lits (semi-privée), repas compris, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 125 \$ par jour jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 60 jours par année civile par personne assurée.

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

**Soins infirmiers :** Montant payable de 10 000 \$ par année civile par personne assurée.

**Services  
paramédicaux :**

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

- acupuncteur
- audiologiste ou thérapeute de l'ouïe
- chiropraticien (incluant les radiographies)
- massothérapeute (sur recommandation médicale)
- naturopathe
- orthophoniste ou thérapeute de la parole
- ostéopathe
- podiatre ou podologue

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

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

\* le montant maximal est illimité lorsque les services de ces spécialistes sont requis suite un accident.

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

- psychologue, psychothérapeute, travailleur social ou conseiller en orientation

**Chaussures  
orthopédiques :**

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

**Orthèses podiatriques  
ou supports plantaires :**

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

**Prothèses auditives :**

Achat initial seulement.

**Services diagnostiques**

Montant payable de 350 \$ par année, par personne assurée.

**Soins de la vue :**

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

**Fin de la garantie**

**Âge limite :**

La date de la retraite définitive.

## ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE - OPTION 3

### CATÉGORIES 431, 432 ET 433

#### Montant de la franchise

Tous les frais : Aucune

#### Pourcentage de remboursement

- Médicaments :
- 1) Médicaments génériques : 100 %
  - 2) Médicaments de marque :
    - 90 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché
    - 100 % \* du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché
      - \* ou selon le pourcentage établi par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) du prix du médicament de marque s'il est sur la liste de médicaments de la RAMQ

#### **Contribution maximale pour les médicaments :**

Pour chaque année civile, une contribution maximale s'applique aux frais admissibles pour les médicaments. Cette contribution est la franchise et toute partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de cette garantie.

Lorsque la contribution de l'adhérent atteint 75 % du maximum de la contribution annuelle établie par la RAMQ, pour les frais engagés par lui-même et ses enfants à charge, le pourcentage de remboursement des médicaments pour l'adhérent et ses enfants à charge, passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

Lorsque la contribution atteint 75 % du maximum de la contribution annuelle établie par la RAMQ, pour les frais engagés par le conjoint de l'adhérent, le pourcentage de remboursement des médicaments pour le conjoint, passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

**Frais d'hospitalisation :** 100 %

**Assurance voyage :** 100 %

**Assurance annulation de voyage :** Frais non couverts

**Soins de la vue :** 100 %

**Pour tous les autres frais :** 90 %

**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 :**

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

Les frais de séjour dans une chambre à deux lits (semi-privée), repas compris, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 125 \$ par jour jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 60 jours par année civile par personne assurée.

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

**Soins infirmiers :** Montant payable de 15 000 \$ par année civile par personne assurée.

**Services  
paramédicaux :**

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

- acupuncteur
- audiologiste ou thérapeute de l'ouïe
- chiropraticien (incluant les radiographies)
- massothérapeute (sur recommandation médicale)
- naturopathe
- orthophoniste ou thérapeute de la parole
- ostéopathe
- podiatre ou podologue

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

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

\* le montant maximal est illimité lorsque les services de ces spécialistes sont requis suite un accident.

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

- psychologue, psychothérapeute, travailleur social ou conseiller en orientation

**Chaussures  
orthopédiques :**

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

**Orthèses podiatriques  
ou supports plantaires :**

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

**Prothèses auditives :**

Illimité par personne assurée pour toute période de 60 mois consécutifs.

**Services diagnostiques**

Montant payable de 700 \$ par année civile, par personne assurée.

**Soins de la vue :**

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

**Fin de la garantie**

**Âge limite :**

La date de la retraite définitive.

## ASSURANCE FRAIS DENTAIRES - OPTION 1

### CATÉGORIES 411, 421 ET 431

**Année du guide des  
tarifs dentaires :**

Année courante

**Montant de la franchise :**

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

**Pourcentage de  
remboursement**

**Soins de prévention :** 100 %

**Soins de base,  
d'endodontie et  
de parodontie :** 70 %

**Montant maximum  
payable**

**Soins de prévention, de  
base, d'endodontie et  
de parodontie :** 1 000 \$ par année civile par personne  
assurée pour l'ensemble des soins.

**Soins de restauration  
majeure :** Frais non couverts

**Soins orthodontiques :** Frais non couverts

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

**Fin de la garantie**

**Âge limite :** Le 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de  
l'adhérent ou à la date de la retraite  
définitive, selon la première éventualité.

## ASSURANCE FRAIS DENTAIRES - OPTION 2

### CATÉGORIES 412, 422 ET 432

**Année du guide des  
tarifs dentaires :**

Année courante

**Montant de la franchise :**

Aucune

**Pourcentage de  
remboursement**

**Soins de prévention :**

100 %

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

80 %

**Soins de restauration  
majeure :**

50 %

**Soins orthodontiques :**

50 %

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

**Montant maximum  
payable**

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

1 500 \$ par année civile par personne  
assurée pour l'ensemble des soins.

**Soins orthodontiques :**

Maximum viager de 1 000 \$ par personne  
assurée.

**Fréquence :**

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

**Fin de la garantie**

**Âge limite :**

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

## ASSURANCE FRAIS DENTAIRES - OPTION 3

### CATÉGORIES 413, 423 ET 433

**Année du guide des  
tarifs dentaires :**

Année courante

**Montant de la franchise :**

Aucune

**Pourcentage de  
remboursement**

**Soins de prévention :**

100 %

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

90 %

**Soins de restauration  
majeure :**

60 %

**Soins orthodontiques :**

60 %

Frais admissibles pour les adultes et les enfants.

**Montant maximum  
payable**

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

2 500 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble des soins.

**Soins orthodontiques :**

Maximum viager de 2 000 \$ par personne assurée.

**Fréquence :**

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

**Fin de la garantie**

**Âge limite :**

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

## **COMPTE DE DÉPENSES DE FRAIS DE SANTÉ (CDFS)**

**Ce CDFS est autofinancé par LOTO-QUÉBEC ET SES FILIALES pour ses employés et est administré par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.**

**Montant de crédit alloué :** Le montant maximum du crédit alloué est tel que déterminé par l'employeur.

**Année de régime du Compte de dépenses de frais de santé :**

Année de régime initiale : du 1<sup>er</sup> janvier 2020 au 31 décembre 2020.

Années de régime subséquentes : du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre.

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

## DÉFINITIONS

Dans le cadre du contrat :

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

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

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

Année de régime CDFS signifie la période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre de toute année civile.

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

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

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

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

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

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

- 1) est légalement mariée ou unie civilement à un adhérent;
- 2) vit conjugalement avec l'adhérent depuis au moins 12 mois et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union;
- 3) vit conjugalement avec l'adhérent, a eu un enfant avec lui et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union;
- 4) est divorcée de l'adhérent ou est l'ex-conjoint de fait de l'adhérent, ci-après désignée comme étant l'ancien conjoint, et à qui une couverture d'assurance doit être fournie en vertu d'un ordre de la cour.

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;
- 3) l'ancien conjoint.

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

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

Employé désigne la personne qui réside au Canada, qui est au service de l'employeur à temps plein ou à temps partiel à titre permanent ou à temps partiel à horaire variable (dont le statut est défini annuellement vers le 1<sup>er</sup> avril par l'employeur) 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 comptes de la section COMPTES du contrat.

Enfant à charge désigne l'enfant qui :

- 1) a moins de 18 ans et à l'égard duquel l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exerce une autorité parentale ou exerçait une autorité parentale (*a la tutelle légale ou avait la tutelle légale, pour un résident de l'Ontario*) jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de la majorité;
- 2) n'a pas de conjoint, a 25 ans ou moins (26 ans ou moins pour les garanties d'assurance accident-maladie et d'assurance frais dentaires), fréquente, ou est réputé fréquenter, à temps plein, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard duquel l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exercerait l'autorité parentale (*aurait la tutelle légale, pour un résident de l'Ontario*) s'il était mineur;
- 3) est majeur, sans conjoint et atteint d'une déficience fonctionnelle qui est survenue lorsque l'état de cette personne correspondait à l'une ou l'autre des définitions données dans les paragraphes 1) ou 2) ci-dessus. De plus, pour être considérée comme une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, la personne doit être domiciliée chez une personne qui, en plus d'être assurée à titre d'adhérent ou de conjoint d'un adhérent, exercerait l'autorité parentale (*aurait la tutelle légale, pour un résident de l'Ontario*) sur la personne déficiente si elle était mineure.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Régime CDFS signifie le Compte de dépenses de frais de santé (CDFS) de Loto-Québec et ses filiales.

Revenu désigne

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

Le pourboire considéré au titre de la rémunération est celui déclaré à l'employeur par l'employé ou conformément aux contrats de travail.

Certains corps d'emploi ont l'option de travailler des heures supplémentaires afin de compléter leur horaire et cumuler ainsi l'équivalent de 80 heures par période de paie. Ces heures supplémentaires font partie intégrante du revenu assurable.

Lors d'une absence non rémunérée admissible aux assurances, un revenu présumé est déterminé avec les heures admissibles des 26 dernières périodes de paie précédant l'absence et le taux horaire effectif la veille de l'absence pour les protections fondées sur le revenu (assurance salaire de longue durée et assurance vie de base). Aux fins d'estimation des pourboires, l'employeur détermine un taux moyen de pourboire conformément aux contrats de travail.

**Pour le paiement des prestations** : une rémunération présumée est déterminé avec les heures admissibles des 26 dernières périodes de paie précédant l'absence, le taux horaire effectif la veille de l'absence et le taux moyen de pourboire conformément aux contrats de travail, pour les protections fondées sur le revenu (assurance salaire de longue durée et assurance vie de base).

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

## **ADMISSIBILITÉ**

### **ADMISSIBILITÉ DES EMPLOYÉS**

Un employé devient admissible à l'assurance :

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

Un employé dont l'assurance en vertu du contrat a pris fin par suite de cessation d'emploi et qui est réengagé par l'employeur dans les six mois suivant immédiatement la cessation de son assurance a droit de faire remettre son assurance en vigueur à compter de la date à laquelle il retourne au travail, pourvu que la demande de remise en vigueur soit faite à l'assureur dans les 31 jours suivant cette date d'admissibilité.

### **TRANSFERT D'EMPLOYÉS ENTRE LES FILIALES DE LOTO-QUÉBEC**

Si un employé transfère de filiale dans Loto-Québec, les garanties facultatives pourront être transférées dans le régime d'accueil sans preuve d'assurabilité.

En ce qui concerne la clause de conditions pré-existantes applicable aux enfants à charge pour l'assurance vie facultatives des personnes à charge, la date d'effet de l'assurance est la date à laquelle l'employé a contracté l'assurance, avant même le transfert, le cas échéant.

### **ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE**

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

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

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

### **DEMANDE D'ADHÉSION**

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

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

## **DROIT D'EXEMPTION**

Un adhérent peut refuser d'être couvert en vertu de la garantie d'assurance accident-maladie ou d'assurance frais dentaires, si elles font partie du contrat, s'il est couvert à titre de personne à charge en vertu du contrat ou d'un autre régime d'assurance collective semblable. Toutefois, si l'on met fin à l'autre régime ou si le conjoint cesse de faire partie d'une catégorie admissible, l'adhérent peut, à compter de la date de cette cessation, être couvert en vertu de la garantie d'assurance à laquelle il avait auparavant choisi de ne pas participer, pourvu qu'une demande en ce sens soit faite par écrit dans les 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) les personnes assurées devront soumettre des preuves d'assurabilité en ce qui concerne la garantie d'assurance accident-maladie et l'assurance ne prendra effet qu'à la date à laquelle l'assureur approuvera l'assurabilité des personnes concernées. Toutefois, lorsque l'adhérent réside au Québec la garantie d'assurance accident-maladie prendra effet à la date à laquelle l'adhérent signe la demande et aucune preuve d'assurabilité ne sera exigée;
- 2) la garantie d'assurance frais dentaires prendra effet à la date à laquelle l'adhérent signe la demande et les preuves d'assurabilité sont remplacées par une limitation des prestations, décrite dans la partie RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS de la garantie d'assurance frais dentaires.

## **PERSONNE ASSURÉE DE 65 ANS ET PLUS QUI RÉSIDE AU QUÉBEC**

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

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

## **PREUVES D'ASSURABILITÉ**

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

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

### **PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE DES ADHÉRENTS**

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1) la date à laquelle l'assurance de l'adhérent prend effet en vertu du contrat;
- 2) la date à laquelle l'adhérent assuré en vertu du contrat devient admissible à l'assurance des personnes à charge, pourvu qu'une demande soit soumise par écrit dans les 60 jours suivant cette date d'admissibilité;

- 3) la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité des personnes à charge, si l'adhérent doit fournir des preuves d'assurabilité parce qu'il n'a pas soumis sa demande d'assurance dans les 60 jours suivant la date à laquelle il est devenu admissible à l'assurance, sauf dans le cas de la garantie d'assurance accident-maladie, qui prend effet à la date à laquelle l'employé qui réside au Québec 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 qui réside au Québec 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 est hospitalisée à la date à laquelle son assurance prendrait normalement effet, son assurance vie facultative ne prend effet que le premier jour suivant immédiatement sa sortie de l'hôpital.

### **CHOIX D'OPTIONS POUR LES GARANTIES ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE ET ASSURANCE FRAIS DENTAIRE**

Dans les 30 jours suivant la date à laquelle il devient admissible à l'assurance, l'adhérent peut choisir entre les options 1, 2 ou 3 des garanties assurance accident-maladie et assurance frais dentaires. Son choix déterminera alors sa catégorie d'employés tel que décrit à la section COMPTES ET CATÉGORIES. L'adhérent n'est pas tenu de choisir la même option pour l'assurance accident-maladie et l'assurance frais dentaires.

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

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

## MODIFICATION DU MONTANT DE L'ASSURANCE ET DE LA GARANTIE

- 1) Garanties assurance vie de base et facultative de l'adhérent, garantie assurance vie facultative des personnes à charge de l'adhérent, garanties maladies graves facultatives de l'adhérent et du conjoint de l'adhérent et la garantie assurance salaire de longue durée de l'adhérent

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 :

- a) 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;
- b) la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité de l'adhérent :
  - i) 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
  - ii) si la demande de modification est reçue plus de 30 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, parce qu'il est totalement invalide, l'assurance est modifiée

- a) à la date du changement de revenu si ce dernier a lieu au cours de la période des 26 premières semaines d'invalidité totale;
- b) à la date à laquelle l'adhérent reprend effectivement le travail, si le changement de revenu a lieu après cette période.

Si l'adhérent n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle son assurance serait normalement modifiée, parce qu'il est en congé de maternité, en congé de paternité ou en congé d'adoption, l'assurance est modifiée à la date du changement de revenu.

Si l'adhérent n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle son assurance serait normalement modifiée, parce qu'il est en congé sans solde, en congé parental ou en congé pour raisons familiales, l'assurance est modifiée à la date à laquelle l'adhérent reprend effectivement le travail.

Si l'adhérent n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle son assurance serait normalement modifiée 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.

## 2) Garanties assurance accident-maladie et assurance frais dentaires

Toute demande de changement d'options doit être faite par l'adhérent au cours de la période d'inscription prévue par l'employeur, à moins que le changement ne soit requis suite à un évènement de changement de vie. Dans ce cas, la demande de changement doit être faite dans les 30 jours qui suivent l'évènement.

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

Pour toute demande de changement faite plus de 30 jours après un évènement de changement de vie, l'option demeurera celle déjà en vigueur. Toutefois, la date de prise d'effet de la couverture des personnes à charge sera la suivante :

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

Un évènement de changement de vie est défini comme suit :

- a) Mariage\*, union civile, nouveau conjoint de fait, séparation, divorce, décès du conjoint;
- b) Naissance ou adoption d'un enfant;
- c) Perte ou obtention de couverture du conjoint, pour une raison autre qu'un choix personnel;
- d) Décès d'une personne à charge ou cessation de l'admissibilité d'une personne à charge suite à l'âge; ou
- e) retour aux études d'un enfant à charge.

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

Si l'adhérent est totalement invalide ou n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle il aurait droit de modifier son choix d'options en vertu des garanties assurance accident-maladie et assurance frais dentaires, il demeure assuré pour les mêmes options que celles en vigueur immédiatement avant le début de l'invalidité totale, jusqu'à la date à laquelle il reprend effectivement le travail. À son retour au travail, toute demande de changement d'options doit être faite dans les 31 jours. Ce changement prend effet à la date à laquelle l'adhérent reprend effectivement le travail.

Toutefois, à la date à laquelle il devient admissible à l'assurance salaire de longue durée de l'adhérent, un adhérent totalement invalide peut modifier son choix d'option en vertu de la garantie assurance accident-maladie pour passer de l'option 3 à l'option 2, et le changement prend effet à cette date. La demande doit être faite dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle l'adhérent devient admissible à l'assurance salaire de longue durée de l'adhérent.

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

#### Changement de type de protection

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

### **EXONÉRATION DES PRIMES**

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

- 2) L'exonération des primes ne s'applique pas lorsqu'un employé est en affectation temporaire et reçoit 100 % de son revenu.
- 3) Les dispositions du contrat qui ont trait à toute augmentation des montants d'assurance cessent de produire leurs effets pendant l'invalidité totale.
- 4) Si une récurrence d'invalidité survient dans les 90 jours suivant la fin d'une période antérieure d'invalidité totale qui a donné lieu à une exonération des primes en vertu du contrat, cette récurrence est considérée comme étant une prolongation de la période antérieure si elle est due aux mêmes causes ou à des causes connexes.
- 5) Dans le cas de la garantie d'assurance vie facultative, si un adhérent totalement invalide décède plus de 31 jours après la date de cessation de son assurance et avant d'avoir atteint l'âge de 65 ans et que l'assureur n'a reçu aucun avis écrit ni aucune attestation d'invalidité totale pour cet adhérent, le montant d'assurance vie indiqué au TABLEAU DES GARANTIES en vigueur lors de la cessation de son assurance est payable, pourvu que :
  - a) l'invalidité totale de l'adhérent soit survenue pendant qu'il était couvert en vertu du contrat;
  - b) l'invalidité totale de l'adhérent ait été ininterrompue à compter de la date du début de son invalidité totale jusqu'à celle de son décès;
  - c) le décès de l'adhérent survienne dans les 12 mois suivant la date du début de son invalidité totale;
  - d) l'adhérent n'ait pas transformé une partie ou la totalité de son assurance en vertu de la disposition relative au DROIT DE TRANSFORMATION au moment où son assurance a pris fin et que;
  - e) l'assureur reçoive une attestation satisfaisante d'invalidité totale et une attestation du décès de l'adhérent dans les 90 jours suivant la date du décès.
- 6) Afin d'être exonéré du paiement de ses primes en vertu de la disposition relative à l'EXONÉRATION DES PRIMES, l'adhérent doit fournir un avis écrit attestant de son invalidité totale. L'assureur doit recevoir cet avis dans les 12 mois suivant la date à laquelle l'adhérent devient totalement invalide ainsi qu'une attestation d'invalidité totale satisfaisante dans les 90 jours suivant la date de réception de l'avis écrit.

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

## **CESSATION DE L'ASSURANCE**

### **CESSATION DE L'ASSURANCE DES ADHÉRENTS**

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

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

### **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.

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

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

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 cette 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.

## **COORDINATION DES PRESTATIONS POUR L'ASSURANCE VOYAGE**

Si une personne couverte par l'assurance voyage est également couverte en vertu de tout autre régime ou assurance qui fournit des prestations semblables, seuls les frais admissibles en excédent des montants payables par tous les autres régimes ou assurances sont couverts en vertu de l'assurance voyage.

Si les autres régimes ou assurances comportent une stipulation semblable ou une disposition de coordination des prestations, les prestations sont coordonnées entre tous les régimes ou assurances de sorte que le total des paiements n'excède pas le total des frais admissibles engagés par la personne.

## ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

### 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.

### 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 pour un résident du Québec) 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.

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

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

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

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

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

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

## **DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE**

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

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

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

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

## ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT

### DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Invalidité totale ou totalement invalide désigne

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

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

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

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

### ADMISSIBILITÉ ET PREUVES D'ASSURABILITÉ

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

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

### OBJET DE LA GARANTIE

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

## **EXCLUSION EN CAS DE SUICIDE**

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

## **FIN DE LA GARANTIE**

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

## **DROIT DE TRANSFORMATION**

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

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

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

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

## **DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE**

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

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

## **ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE DE L'ADHÉRENT**

### **ADMISSIBILITÉ ET PREUVES D'ASSURABILITÉ**

Comme condition préalable d'admissibilité à la présente garantie, les personnes à charge assurées doivent soumettre des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur. Cette clause ne s'applique pas aux enfants à charge.

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

### **OBJET DE LA GARANTIE**

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

### **EXCLUSION EN CAS DE SUICIDE**

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

### **EXCLUSIONS**

Aucun montant d'assurance n'est payable relativement au décès d'un enfant à charge assuré qui survient dans les 12 mois de l'entrée en vigueur de l'assurance ou de l'augmentation du montant, s'il y a lieu, pour cet enfant à charge, et est attribuable en tout ou en partie à une blessure ou une maladie pour laquelle il a reçu des soins ou pris des médicaments au cours des 90 jours précédant la date d'entrée en vigueur de la présente assurance ou de l'augmentation du montant de l'assurance. Si cet enfant est le seul enfant à charge assuré, l'assureur est toutefois tenu de rembourser les primes perçues pour la présente garantie, et ce remboursement le libère de toutes obligations en vertu de celle-ci.

Cependant, cette exclusion ne s'applique qu'à la portion en excédant du premier 10 000 \$ de couverture pour un enfant à charge assuré.

### **FIN DE LA GARANTIE**

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

## **DROIT DE TRANSFORMATION**

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

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

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

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

## **DROIT DU CONJOINT APRÈS LA CESSATION DE L'ASSURANCE**

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

## **DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE**

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

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

## ASSURANCE MALADIES GRAVES FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT (PLAN ENRICHI)

### DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Diagnostic désigne l'établissement par un spécialiste, à l'aide d'examen ou autres procédés de diagnostic, du fait que l'adhérent est atteint d'une maladie spécifique ou d'une maladie grave, telles que définies dans la présente garantie. Toute chirurgie spécifiquement identifiée à cet effet dans la présente garantie est également considérée comme un diagnostic.

Irréversible qualifie une condition médicale qui ne peut être améliorée par un traitement médical ou chirurgical au moment du diagnostic. Le traitement médical ou chirurgical n'a pas à être entrepris s'il présente un risque excessif pour la santé de l'adhérent.

Condition préexistante désigne l'existence, dans les 24 mois précédant la date de prise d'effet de l'assurance ou la date de prise d'effet de la remise en vigueur de l'assurance de l'adhérent,

- 1) d'un ou plusieurs symptômes ou d'une condition pour lesquels des frais médicaux ont été encourus, des soins médicaux ont été reçus, des médicaments d'ordonnance ont été pris ou un médecin a été consulté;
- 2) d'un ou plusieurs symptômes ou d'une condition pour lesquels une personne normalement prudente chercherait à obtenir un diagnostic, des soins ou un traitement.

Spécialiste désigne un médecin autorisé à pratiquer à titre de spécialiste au Canada dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. Le spécialiste doit détenir une formation médicale spécialisée lui permettant d'établir un diagnostic en lien avec la maladie grave pour laquelle une prestation est demandée. En l'absence ou la l'absence ou advenant la non disponibilité d'un spécialiste, le diagnostic ou la nécessité d'une chirurgie doit être établi par un médecin qualifié pratiquant au Canada et approuvé par l'assureur. Le spécialiste ne peut pas être l'adhérent lui-même, un membre de sa famille ou un partenaire d'affaires de l'adhérent.

Chirurgie désigne toute intervention chirurgicale médicalement nécessaire que l'adhérent subit par suite de la recommandation écrite d'un spécialiste. L'intervention chirurgicale doit être pratiquée par un médecin au Canada.

Période de survie, à moins d'indication contraire, désigne les 30 jours suivant la date du diagnostic ou la date d'une chirurgie. L'adhérent doit être vivant à la fin de cette période et ne doit pas avoir subi l'arrêt irréversible de toutes les fonctions du cerveau. Toute période pendant laquelle il y a maintien artificiel des fonctions vitales n'est pas incluse dans la détermination de la période de survie. Aux fins de la présente garantie, le maintien artificiel des fonctions vitales désigne les soins prodigués de façon régulière, par un médecin autorisé à pratiquer, pour le support nutritionnel, respiratoire et/ou cardiovasculaire, et ce, même si un arrêt irréversible de toutes les fonctions cérébrales s'est produit.

Pour les maladies graves assujetties à une période d'attente, la période de survie court simultanément avec la période d'attente reliée à cette maladie grave.

Invalidité totale ou totalement invalide désigne l'état d'incapacité tel que défini dans les DÉFINITIONS de la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent.

Maladie grave désigne une des conditions suivantes :

- 1) accident vasculaire cérébral
- 2) anémie aplasique
- 3) brûlures sévères
- 4) cancer (avec risque de décès à court terme)
- 5) cardiomyopathie dilatée
- 6) cécité
- 7) chirurgie coronarienne
- 8) chirurgie de l'aorte
- 9) coma
- 10) crise cardiaque (infarctus du myocarde)
- 11) dystrophie musculaire
- 12) hépatite virale fulminante
- 13) hypertension artérielle pulmonaire primitive (hypertension artérielle pulmonaire idiopathique et hypertension artérielle pulmonaire familiale)
- 14) infection au VIH dans le cadre de l'occupation
- 15) insuffisance hépatique à un stade avancé
- 16) insuffisance rénale
- 17) maladie d'Alzheimer
- 18) maladie de Parkinson

- 19) maladie du neurone moteur
- 20) méningite bactérienne
- 21) paralysie
- 22) perte d'autonomie
- 23) perte de la parole
- 24) perte de membres
- 25) remplacement des valves du cœur
- 26) sclérose en plaques
- 27) sclérose généralisée évolutive
- 28) surdité
- 29) transplantation d'un organe vital
- 30) transplantation d'un organe vital sur liste d'attente
- 31) tumeur cérébrale bénigne

Accident vasculaire cérébral désigne le diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose, par une hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- 1) l'apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques;
- 2) de nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique et qui persistent pendant plus de 30 jours suivant la date du diagnostic.

Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostiques.

**Exclusions** : Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- 1) attaques ischémiques cérébrales transitoires;
- 2) accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- 3) infarctus lacunaire, qui ne correspond pas à la définition d'accident vasculaire cérébral décrite ci-dessus.

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

- 1) stimulation de la moelle osseuse;
- 2) immunosuppresseurs;
- 3) greffe de la moelle osseuse.

Brûlures sévères désigne le diagnostic définitif de brûlures au troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps.

Cancer (avec risque de décès à court terme) désigne le diagnostic définitif d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus.

- 1) **Exclusions** : Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants de cancers qui ne comportent pas de risque de décès à court terme :
    - a) carcinome *in situ*;
    - b) mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V);
    - c) tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases;
    - d) cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).
  - 2) **Période d'exclusion** : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition si, dans les 90 jours suivant la dernière des dates suivantes :
    - a) la date de prise d'effet de l'assurance;
    - b) la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance;
- l'adhérent
- a) a présenté des signes, symptômes ou subi des examens approfondis menant à un diagnostic de cancer, admissible ou non en vertu de la présente garantie, sans égard à la date du diagnostic;
  - b) a fait l'objet d'un diagnostic de cancer, admissible ou non en vertu de la présente garantie.

L'information qui précède doit être transmise à l'assureur dans les six mois suivant la date du diagnostic à défaut de quoi, l'assureur peut refuser toute demande de prestations pour un cancer ou pour toute maladie grave ou maladie spécifique causée par un cancer ou par son traitement.

Cardiomyopathie dilatée désigne le diagnostic définitif d'une condition affaiblie de la fonction ventriculaire entraînant une déficience physique significative de classe III ou plus selon la « New York Heart Association Classification » (NYHA) des déficiences cardiaques. Le diagnostic doit être confirmé par de nouvelles anomalies cardiaques démontrées par échocardiographie avec une faible fraction d'éjection (moins de 40 %) pendant au moins trois mois.

La classe III de déficience cardiomyopathique de la NYHA signifie que le patient est confortable au repos et présente des symptômes dans les activités exigeant de moins grands efforts que les activités normales et quotidiennes, malgré la consommation de médicaments et les ajustements diététiques, avec des preuves d'anormalité de fonctions ventriculaires mise en évidence par un examen physique et des analyses de laboratoire.

**Exclusion :** Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas de causes ischémiques et toxiques (incluant l'alcool et les médicaments prescrits ou non) de la cardiomyopathie dilatée.

Cécité désigne le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de la vision des deux yeux mise en évidence par :

- 1) une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins dans les deux yeux; ou
- 2) un champ visuel de moins de 20 degrés dans les deux yeux.

Chirurgie coronarienne désigne la chirurgie du cœur visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire par pontage aortocoronarien. Un spécialiste doit confirmer que cette chirurgie est médicalement nécessaire.

**Exclusion :** Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas d'interventions non chirurgicales ou par cathéters, telles que l'angioplastie percutanée et l'utilisation du laser aux fins de désobstruction.

Chirurgie de l'aorte désigne l'intervention chirurgicale pour remédier à une anomalie de l'aorte qui nécessite une excision et le remplacement chirurgical de l'aorte au moyen d'un greffon. On entend par « aorte », l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications.

Coma désigne le diagnostic définitif d'un état d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pour une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer 4 ou moins pendant les 96 heures.

**Exclusions :** Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas suivants

- 1) un coma médicalement provoqué;
- 2) un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue;
- 3) un diagnostic de mort cérébrale.

Crise cardiaque (infarctus du myocarde) désigne le diagnostic définitif de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par l'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus, et présentant au moins un des éléments suivants :

- 1) symptômes de crise cardiaque;
- 2) nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde;
- 3) apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, sans s'y limiter, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

**Exclusions** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas suivants

- 1) élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra artérielle incluant, sans s'y limiter, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne et en l'absence d'une onde Q;
- 2) découverte fortuite de changements à l'ECG suggérant un ancien infarctus du myocarde ne correspondant pas à la présente définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde).

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

Hépatite virale fulminante désigne le diagnostic définitif de nécrose submassive à massive du foie causée par un virus qui entraîne précipitamment une insuffisance hépatocellulaire. La prestation ne sera payable que si tous les critères suivants sont satisfaits :

- 1) diminution rapide du volume du foie confirmé par une échographie abdominale;
- 2) nécrose impliquant entièrement les lobules, ne laissant qu'une trame réticulaire, confirmé par histologie, si applicable;
- 3) détérioration rapide des fonctions hépatiques;
- 4) amplification de l'ictère.

**Exclusions** : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas suivants

- 1) une hépatite chronique;
- 2) une insuffisance hépatocellulaire causée par l'alcool, les toxines et/ou les drogues.

Hypertension artérielle pulmonaire primitive (hypertension artérielle pulmonaire idiopathique et hypertension artérielle pulmonaire familiale) désigne le diagnostic définitif d'hypertension artérielle pulmonaire primitive avec un élargissement substantiel du ventricule droit confirmé par des analyses et incluant un cathétérisme cardiaque, entraînant une déficience physique irréversible et permanente de classe IV ou plus selon la « New York Heart Association Classification » (NYHA) des déficiences cardiaques.

La classification NYHA des déficiences cardiaques stipule que la classe IV rend impossible l'accomplissement d'une activité physique sans inconfort et que les symptômes pourraient être présents même au repos.

**Exclusion** : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans tous les cas d'autres types d'hypertension artérielle pulmonaire.

Infection au VIH dans le cadre de l'occupation désigne le diagnostic définitif d'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle durant l'exercice des fonctions normales de l'occupation de l'adhérent, et qui a exposé celui-ci à des fluides corporels contaminés par le VIH.

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date de prise d'effet de l'assurance ou après la date de la prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance.

La prestation ne sera payable que si tous les critères suivants sont satisfaits :

- 1) la blessure accidentelle doit être déclarée à l'assureur dans les 14 jours suivant l'accident;
- 2) une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif;
- 3) une sérologie du VIH doit être effectuée entre les 90<sup>e</sup> et 180<sup>e</sup> jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être positif;
- 4) tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire reconnu au Canada ou aux États-Unis;
- 5) la blessure accidentelle doit être rapportée, enquêtée et documentée selon les normes de santé et de sécurité au travail au Canada ou aux États-Unis.

**Exclusion** : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas suivants

- 1) l'adhérent a refusé de recevoir tout vaccin, approuvé et disponible, offrant une protection contre le VIH;
- 2) un traitement approuvé et curatif pour l'infection au VIH était devenu disponible avant la blessure accidentelle;
- 3) l'infection au VIH a eu lieu à la suite d'une blessure non-accidentelle (incluant mais sans s'y limiter, la transmission sexuelle ou l'usage de drogue intraveineuse).

Insuffisance hépatique à un stade avancé désigne le diagnostic définitif d'insuffisance hépatique due à une cirrhose et entraînant l'ensemble des troubles suivants :

- 1) ictère permanent;
- 2) ascite;
- 3) encéphalopathie.

**Exclusion** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas d'insuffisance hépatique entraînée par l'usage d'alcool ou de drogues.

Insuffisance rénale désigne le diagnostic définitif du stade terminal d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers par hémodialyse ou par dialyse péritonéale, ou une greffe rénale.

Maladie d'Alzheimer désigne le diagnostic définitif d'une affection dégénérative progressive du cerveau. L'adhérent doit présenter des signes de détérioration intellectuelle affectant la mémoire et le jugement et entraînant une réduction marquée du fonctionnement mental et social. Cette réduction doit nécessiter une surveillance journalière de huit heures au minimum.

**Exclusion** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition pour tout autre désordre organique du cerveau de type démentiel ainsi que pour les maladies psychiatriques.

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

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

Maladie du neurone moteur désigne le diagnostic définitif d'une des maladies suivantes : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primaire, amyotrophie spinale progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudobulbaire, et se limite à ces maladies.

Méningite bactérienne désigne le diagnostic définitif de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes en culture et qui entraîne un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours suivant la date du diagnostic.

**Exclusion** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans le cas d'une méningite virale.

Paralysie désigne le diagnostic définitif de la perte complète des fonctions musculaires de deux membres ou plus résultant d'un traumatisme ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, durant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.

Perte d'autonomie désigne le diagnostic définitif de

- 1) l'incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux des six activités de la vie quotidienne : ou
- 2) déficience cognitive, telle que définie ci-après,

pour une période continue de plus de 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- 1) prendre son bain – capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires.
- 2) se vêtir – capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris orthèses, membres artificiels ou autres accessoires chirurgicaux.
- 3) faire sa toilette – capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète.
- 4) être continent – capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle compatible avec un bon état de santé général.
- 5) se mouvoir - capacité de se mettre au lit ou d'en sortir, de s'asseoir ou de se relever d'un siège ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint.
- 6) se nourrir – capacité de consommer de la nourriture ou des breuvages qui ont été préparés et servis, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés.

La déficience cognitive est définie comme la détérioration mentale et la perte de l'aptitude intellectuelle, se manifestant par une détérioration de la mémoire, de l'orientation et de la faculté de raisonner, lesquelles sont mesurables et qui résultent d'une cause organique objective diagnostiquée par un spécialiste. Le degré de déficience cognitive doit être suffisamment grave pour nécessiter une surveillance journalière continue d'au moins huit heures par jour. L'établissement de la déficience cognitive est fondé sur des données cliniques et des évaluations normalisées et valides des déficiences.

**Exclusion** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans tout cas de trouble mental ou nerveux non imputable à une cause organique.

Perte de la parole désigne le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'usage de la parole résultant d'une blessure ou maladie physique et démontré pour une période continue d'au moins 180 jours.

**Exclusion** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans tout cas étant relié à une cause psychiatrique.

Perte de membres désigne le diagnostic définitif de la séparation irréversible et complète de deux ou plusieurs membres au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville résultant d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

Remplacement des valves du cœur désigne le remplacement, par intervention chirurgicale, de toute valve du cœur par une valve naturelle ou mécanique.

**Exclusion** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas de réparation d'une valve cardiaque.

Sclérose en plaques désigne le diagnostic définitif d'au moins une des conditions suivantes :

- 1) au moins deux épisodes distincts, confirmés par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation; ou
- 2) des anomalies neurologiques bien définies persistant pour une période continue d'au moins six mois, confirmées par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation; ou
- 3) un seul épisode, confirmé par plusieurs résonances magnétiques du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation et s'étant développées à des intervalles d'au moins 1 mois.

Sclérose généralisée évolutive désigne le diagnostic définitif de sclérodémie généralisée évolutive avec atteinte systémique du cœur, des poumons ou des reins. Le diagnostic de sclérose généralisée évolutive doit être confirmé catégoriquement par une biopsie et des signes sérologiques.

**Exclusions** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas suivants

- 1) sclérodémie localisée (sclérodémie ou morphee linéaire);
- 2) fasciite éosinophilique; ou
- 3) syndrome de CREST.

Surdité désigne le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un seuil d'intensité vocale de 500 à 3 000 hertz.

Transplantation d'un organe vital désigne le diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour se qualifier à la transplantation d'un organe vital, l'adhérent doit subir une chirurgie pour recevoir par transplantation un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse, en se limitant à ces organes.

Transplantation d'un organe vital sur liste d'attente désigne le diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour se qualifier à la transplantation d'un organe vital sur liste d'attente, l'adhérent doit être inscrit comme receveur dans un programme de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis et qui effectue la forme de transplantation requise. Aux fins de période de survie, la date du diagnostic est réputée être la date d'inscription de l'adhérent à un tel programme de transplantation.

Tumeur cérébrale bénigne désigne le diagnostic définitif d'une tumeur non maligne située dans la voûte du crâne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou par radiation ou provoquer des déficits neurologiques documentés et irréversibles.

- 1) **Exclusion** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas de microadénomes pituitaires de moins de 10 mm.
- 2) **Période d'exclusion** : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition si, dans les 90 jours suivant la dernière des dates suivantes :
  - a) la date de prise d'effet de l'assurance;
  - b) la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance;

l'adhérent

- a) a présenté des signes, symptômes ou subi des examens approfondis menant à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou exclu en vertu de la présente garantie), sans égard à la date du diagnostic;
- b) a fait l'objet d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou exclu en vertu de la présente garantie).

L'information qui précède doit être transmise à l'assureur dans les six mois suivant la date du diagnostic à défaut de quoi, l'assureur peut refuser toute demande de prestations pour une tumeur cérébrale bénigne ou pour toute maladie grave ou maladie spécifique, causées par une tumeur cérébrale bénigne ou par son traitement.

## **PREUVES D'ASSURABILITÉ**

L'adhérent qui demande un montant de prestations plus élevé que le montant maximum pouvant être souscrit sans preuves d'assurabilité, tel qu'indiqué au TABLEAU DES GARANTIES pour la garantie d'assurance maladies graves facultative 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.

## **PAIEMENT DE LA PRESTATION**

Le paiement de toute prestation relative au diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique est conditionnel à la réception préalable de preuves jugées satisfaisantes par l'assureur, confirmant :

- 1) que le spécialiste a établi le diagnostic; et
- 2) que l'adhérent a survécu après le diagnostic et que les conditions décrites dans la définition de période de survie de la présente garantie ont été respectées.

## **COUVERTURE POUR LES MALADIES GRAVES**

Si l'adhérent reçoit le diagnostic d'une maladie grave telle que définie dans la présente garantie, l'assureur versera le montant de l'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Toutefois, si l'adhérent a préalablement reçu le diagnostic d'une maladie spécifique ou d'une maladie grave pour laquelle une prestation a été versée, le diagnostic ne peut faire l'objet d'une demande de prestations qu'en vertu de la section COUVERTURE EN CAS D'OCCURRENCES MULTIPLES.

## **PRESTATION PARTIELLE EN CAS DE MALADIE SPÉCIFIQUE**

Si l'adhérent reçoit le diagnostic d'une maladie admissible en vertu de la présente section et définie ci-après, l'assureur versera une prestation équivalant à 10 % du montant de l'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, jusqu'à concurrence d'un maximum de 25 000 \$.

Le diagnostic d'une seule des maladies spécifiques suivantes est admissible en vertu de la présente section. Maladie spécifique désigne :

- 1) Angioplastie coronarienne désigne une intervention visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre la circulation ininterrompue du sang. Un spécialiste doit confirmer que cette chirurgie est médicalement nécessaire.
- 2) Carcinome canalaire *in situ* (cancer du sein) désigne le diagnostic d'un cancer du sein non invasif prenant naissance dans les canaux galactophores. Le diagnostic doit être confirmé au moyen d'une biopsie.

- 3) Cancer de la prostate au stade A (T1a or T1b) désigne le diagnostic d'une tumeur maligne, cliniquement non apparente, à la prostate, qui n'est ni palpable ni visible par imagerie. Le diagnostic doit être confirmé au moyen d'un examen pathologique du tissu prostatique.
- 4) Mélanome malin au stade 1A désigne le diagnostic d'un mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V. Le diagnostic doit être confirmé au moyen d'une biopsie.

**Période d'exclusion pour les maladies spécifiques** décrites en 2), 3) et 4) ci-dessus :

Aucune prestation n'est payable pour cette condition si le diagnostic a été établi dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de l'assurance ou la date de prise d'effet de la remise en vigueur de l'assurance en vertu de la présente garantie.

Si l'adhérent a préalablement reçu le diagnostic d'une maladie grave pour laquelle une prestation a été versée, la demande de prestations ne peut être faite qu'en vertu de la section COUVERTURE EN CAS D'OCCURRENCES MULTIPLES.

En vertu de la présente section, une seule prestation à vie peut être versée à l'adhérent.

### **COUVERTURE EN CAS DE RÉCURRENCE DE CANCER**

L'assureur versera le montant de l'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES si l'adhérent reçoit un diagnostic de cancer (avec risque de décès à court terme) après la réception d'un autre diagnostic de cancer si :

- 1) plus de 60 mois se sont écoulés depuis le diagnostic de cancer précédent; et
- 2) aucun traitement relié directement ou indirectement au cancer n'a été reçu durant cette période de 60 mois (les traitements n'incluent pas les médicaments préventifs et les visites de suivi chez le médecin).

L'assurance de l'adhérent doit être en vigueur lorsque le diagnostic subséquent est établi.

## **COUVERTURE EN CAS D'OCCURRENCES MULTIPLES**

- 1) Si l'adhérent a reçu le diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique pour laquelle une prestation a été versée et reçoit par la suite le diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique, l'assureur versera le montant de l'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Pour recevoir la prestation, le diagnostic doit avoir été établi au moins 90 jours après la date du plus récent paiement effectué pour le règlement d'une demande de prestations pour le diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique.

Toutefois, lorsque l'adhérent a reçu le diagnostic d'une maladie spécifique pour laquelle une prestation a été versée et que le diagnostic suivant reçu par cet adhérent en est un de maladie grave, établi moins de 90 jours après la date du plus récent paiement de ladite prestation, l'assureur versera une prestation équivalant au montant de l'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES moins le montant versé pour le diagnostic de maladie spécifique.

- 2) Si l'adhérent a reçu le diagnostic d'une maladie grave pour laquelle une prestation a été versée et reçoit par la suite le diagnostic d'une maladie spécifique, l'assureur versera une prestation équivalant à 10 % du montant de l'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, jusqu'à concurrence d'un maximum de 25 000 \$.

Pour recevoir la prestation, le diagnostic doit avoir été établi au moins 90 jours après la date du plus récent paiement effectué pour le règlement d'une demande de prestations pour le diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique.

Le paiement de toute prestation en vertu de la présente section est sujet aux restrictions indiquées dans la section EXCLUSIONS POUR RÉADMISSION.

## **EXCLUSIONS POUR RÉADMISSION**

Si l'adhérent reçoit une prestation pour le diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique, l'assurance est automatiquement maintenue à condition que le paiement de la prime soit maintenu. L'adhérent peut faire de demande de prestations subséquente pour le diagnostic d'une autre maladie grave admissible, sous réserve des restrictions suivantes :

- 1) S'il a fait une demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.

- 2) S'il a fait une demande de prestation pour anémie aplasique, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour anémie aplasique, cancer (avec risque de décès à court terme), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, mélanome malin au stade 1A ou perte d'autonomie.
- 3) S'il a fait une demande de prestation pour brûlures sévères, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour brûlures sévères, paralysie ou perte d'autonomie.
- 4) S'il a fait une demande de prestation pour cancer (avec risque de décès à court terme), l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour anémie aplasique, cancer (avec risque de décès à court terme), sauf si toutes les conditions stipulées à la section COUVERTURE EN CAS DE RÉCURRENCE DE CANCER sont respectées, pour cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, insuffisance hépatique à un stade avancé, mélanome malin au stade 1A ou perte d'autonomie.
- 5) S'il a fait une demande de prestation pour cardiomyopathie dilatée, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, cardiomyopathie dilatée, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, remplacement des valves du cœur, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 6) S'il a fait une demande de prestation pour cécité, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour cécité ou perte d'autonomie.
- 7) S'il a fait une demande de prestation pour chirurgie coronarienne, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance rénale, insuffisance hépatique à un stade avancé, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 8) S'il a fait une demande de prestation pour chirurgie de l'aorte, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 9) S'il a fait une demande de prestation pour coma, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, cécité, coma, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole ou surdité.

- 10) S'il a fait une demande de prestation pour crise cardiaque (infarctus du myocarde), l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 11) S'il a fait une demande de prestation pour dystrophie musculaire, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, cardiomyopathie dilatée, cécité, coma, crise cardiaque, dystrophie musculaire, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole, remplacement des valves du cœur, surdité, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 12) S'il a fait une demande de prestation pour hépatite virale fulminante, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour cancer (avec risque de décès à court terme), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, hépatite virale fulminante, insuffisance hépatique   un stade avancé, mélanome malin au stade 1A, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 13) S'il a fait une demande de prestation pour hypertension artérielle pulmonaire primitive (hypertension artérielle pulmonaire idiopathique et hypertension artérielle pulmonaire familiale), l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour : accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, cardiomyopathie dilatée, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, hypertension artérielle pulmonaire primitive, insuffisance rénale, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 14) S'il a fait une demande de prestation pour infection au VIH dans le cadre de l'occupation, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour : accident vasculaire cérébral, cancer (avec risque de décès à court terme), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, c c t , coma, infection au VIH dans le cadre de l'occupation, insuffisance hépatique   un stade avancé, insuffisance rénale, mélanome malin au stade 1A, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole ou surdité.
- 15) S'il a fait une demande de prestation pour insuffisance hépatique   un stade avancé, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, crise cardiaque, coma, insuffisance hépatique   un stade avancé, insuffisance rénale, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.

- 16) S'il a fait une demande de prestation pour insuffisance rénale, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 17) S'il a fait une demande de prestation pour maladie d'Alzheimer, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour maladie d'Alzheimer ou perte d'autonomie.
- 18) S'il a fait une demande de prestation pour maladie de Parkinson, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestations pour coma, maladie de Parkinson, paralysie, perte d'autonomie ou perte de la parole.
- 19) S'il a fait une demande de prestation pour maladie du neurone moteur, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, cécité, coma, crise cardiaque, maladie du neurone moteur, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole ou surdité.
- 20) S'il a fait une demande de prestation pour méningite bactérienne, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, cécité, coma, méningite bactérienne, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole ou surdité.
- 21) S'il a fait une demande de prestation pour paralysie, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour coma, paralysie, perte d'autonomie ou perte de la parole.
- 22) S'il a fait une demande de prestation pour perte d'autonomie, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation. L'assurance en vertu de la présente garantie prend fin.
- 23) S'il a fait une demande de prestation pour perte de la parole, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour perte d'autonomie ou perte de la parole.
- 24) S'il a fait une demande de prestation pour perte de membres, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour perte d'autonomie ou perte de membres.
- 25) S'il a fait une demande de prestation pour remplacement des valves du cœur, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour : accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 26) S'il a fait une demande de prestation pour sclérose en plaques, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, cécité, coma, insuffisance rénale, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole, sclérose en plaques ou surdité.

- 27) S'il a fait une demande de prestation pour sclérose généralisée évolutive, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, cancer (avec risque de décès à court terme), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, cécité, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, mélanome malin au stade 1A, paralysie, perte d'autonomie, sclérose en plaques, sclérose généralisée évolutive, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 28) S'il a fait une demande de prestation pour surdité, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour perte d'autonomie ou surdité.
- 29) S'il a fait une demande de prestation pour transplantation d'un organe vital, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, anémie aplasique, cancer (avec risque de décès à court terme), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique   un stade avancé, insuffisance rénale, mélanome malin au stade 1A, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 30) S'il a fait une demande de prestation pour transplantation d'un organe vital sur liste d'attente, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, anémie aplasique, cancer (avec risque de décès à court terme), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique   un stade avancé, insuffisance rénale, mélanome malin au stade 1A, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 31) S'il a fait une demande de prestation pour une tumeur cérébrale bénigne, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, cécité, coma, méningite bactérienne, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole, surdité ou tumeur cérébrale bénigne.

## **RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS**

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- 1) maladie grave ou maladie spécifique résultant directement ou indirectement
  - a) de dommages corporels que l'adhérent s'inflige intentionnellement, d'une exposition volontaire à une maladie ou d'une tentative de suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non;
  - b) d'une guerre, déclarée ou non, du service actif dans les forces armées d'un pays, de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
  - c) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel du Canada;

- d) d'un abus d'alcool;
  - e) de l'usage de tout médicament, de tout narcotique, de toute substance intoxicante ou de toute autre substance nocive, sauf s'ils sont utilisés tel que prescrit ou recommandé par un médecin;
- 2) cancer qui se manifeste avant la date de prise d'effet de l'assurance ou avant la date de prise d'effet de la remise en vigueur de l'assurance, si ce cancer récidive ou se métastase après la prise d'effet de l'assurance, sauf si toutes les conditions stipulées dans la section COUVERTURE EN CAS DE RÉCURRENCE DE CANCER sont respectées;
- 3) maladie grave ou maladie spécifique résultant directement ou indirectement d'une condition préexistante.

Cette exclusion relative aux conditions préexistantes ne s'applique qu'aux montants d'assurance équivalents ou inférieurs au montant maximum sans preuves d'assurabilité indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Toutefois, si l'adhérent est assuré depuis une période continue de plus de 24 mois, ou a fourni une preuve d'assurabilité satisfaisante pour l'assureur pour un montant supérieur au maximum sans preuves d'assurabilité tel qu'indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, cette exclusion relative aux conditions préexistantes ne s'applique pas au montant alors approuvé par l'assureur.

Si l'adhérent était assuré en vertu d'une garantie similaire du contrat antérieur offert par l'employeur au cours de toute période de temps précédant immédiatement la date de prise d'effet de la présente garantie, la période pendant laquelle il a été couvert sera reconnue aux fins de l'exclusion relative aux conditions préexistantes de la présente garantie.

## **LIMITATIONS GÉOGRAPHIQUES**

Si une maladie grave ou une maladie spécifique est diagnostiquée à l'extérieur du Canada à la suite d'un accident ou d'une maladie, l'assureur n'étudie la demande de prestations que lorsque l'adhérent est de retour au Canada et qu'une évaluation médicale du diagnostic posé antérieurement a été obtenue.

## **FIN DE LA GARANTIE**

Cette garantie prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge indiqué au TABLEAU DES GARANTIES;
- 2) à la première des dates indiquées dans la section CESSATION DE L'ASSURANCE DE L'ADHÉRENT.
- 3) la date à laquelle l'assureur verse la prestation applicable au diagnostic de perte d'autonomie en vertu de la présente garantie.

## **DROIT DE TRANSFORMATION**

Si l'assurance de l'adhérent prend fin par suite de :

- 1) la cessation de son emploi;
- 2) la cessation de son admissibilité en vertu du contrat;
- 3) la cessation d'une période d'invalidité totale suivant laquelle l'adhérent n'est pas retourné à l'emploi de l'employeur;

et qu'il n'a pas atteint l'âge de 65 ans, il a le droit, sur demande écrite à l'assureur dans les 31 jours suivant la cessation, de transformer son assurance en une police individuelle d'assurance maladies graves alors offerte par l'assureur, sans preuves d'assurabilité. Le droit de transformation n'est pas offert dans les cas de résiliation du contrat ou de la garantie.

Le montant d'assurance qui peut être transformé ne peut en aucun cas excéder le montant de l'assurance de l'adhérent qui était en vigueur à la date de la cessation, jusqu'à concurrence d'un montant global de 200 000 \$ pour l'ensemble des garanties d'assurance maladies graves pouvant être transformées en vertu du contrat.

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

Si l'adhérent reçoit le diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique dans les 31 jours suivant la cessation de son assurance en vertu de la présente garantie, le montant d'assurance maladies graves payable est celui qu'il aurait eu le droit de transformer.

## **DÉCLARATION ET PREUVE DE SINISTRE**

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

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

L'assureur se réserve le droit de vérifier le diagnostic auprès du ou des spécialistes traitants et de faire examiner à ses frais toute personne assurée pour qui une demande de prestations a été soumise.

## ASSURANCE MALADIES GRAVES FACULTATIVE DU CONJOINT DE L'ADHÉRENT (PLAN ENRICHÉ)

### DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Diagnostic désigne l'établissement par un spécialiste, à l'aide d'examen ou autres procédés de diagnostic, du fait que la personne assurée est atteinte d'une maladie spécifique ou d'une maladie grave, telles que définies dans la présente garantie. Toute chirurgie spécifiquement identifiée à cet effet dans la présente garantie est également considérée comme un diagnostic.

Irréversible qualifie une condition médicale qui ne peut être améliorée par un traitement médical ou chirurgical au moment du diagnostic. Le traitement médical ou chirurgical n'a pas à être entrepris s'il présente un risque excessif pour la santé de la personne assurée.

Condition préexistante désigne l'existence, dans les 24 mois précédant la date de prise d'effet de l'assurance ou la date de prise d'effet de la remise en vigueur de l'assurance de la personne assurée,

- 1) d'un ou plusieurs symptômes ou d'une condition pour lesquels des frais médicaux ont été encourus, des soins médicaux ont été reçus, des médicaments d'ordonnance ont été pris ou un médecin a été consulté;
- 2) d'un ou plusieurs symptômes ou d'une condition pour lesquels une personne normalement prudente chercherait à obtenir un diagnostic, des soins ou un traitement.

Spécialiste désigne un médecin autorisé à pratiquer à titre de spécialiste au Canada dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. Le spécialiste doit détenir une formation médicale spécialisée lui permettant d'établir un diagnostic en lien avec la maladie grave pour laquelle une prestation est demandée. En l'absence ou advenant la non disponibilité d'un spécialiste, le diagnostic ou la nécessité d'une chirurgie doit être établi par un médecin qualifié pratiquant au Canada et approuvé par l'assureur. Le spécialiste ne peut pas être la personne assurée elle-même, un membre de sa famille ou un partenaire d'affaires de la personne assurée.

Chirurgie désigne toute intervention chirurgicale médicalement nécessaire que la personne assurée subit par suite de la recommandation écrite d'un spécialiste. L'intervention chirurgicale doit être pratiquée par un médecin au Canada.

Période de survie, à moins d'indication contraire, désigne les 30 jours suivant la date du diagnostic ou la date d'une chirurgie. La personne assurée doit être vivante à la fin de cette période et ne doit pas avoir subi l'arrêt irréversible de toutes les fonctions du cerveau. Toute période pendant laquelle il y a maintien artificiel des fonctions vitales n'est pas incluse dans la détermination de la période de survie. Aux fins de la présente garantie, le maintien artificiel des fonctions vitales désigne les soins prodigués de façon régulière, par un médecin autorisé à pratiquer, pour le support nutritionnel, respiratoire et/ou cardiovasculaire, et ce, même si un arrêt irréversible de toutes les fonctions cérébrales s'est produit.

Pour les maladies graves assujetties à une période d'attente, la période de survie court simultanément avec la période d'attente reliée à cette maladie grave.

Maladie grave désigne :

- 1) accident vasculaire cérébral
- 2) anémie aplasique
- 3) brûlures sévères
- 4) cancer (avec risque de décès à court terme)
- 5) cardiomyopathie dilatée
- 6) cécité
- 7) chirurgie coronarienne
- 8) chirurgie de l'aorte
- 9) coma
- 10) crise cardiaque (infarctus du myocarde)
- 11) dystrophie musculaire
- 12) hépatite virale fulminante
- 13) hypertension artérielle pulmonaire primitive (hypertension artérielle pulmonaire idiopathique et hypertension artérielle pulmonaire familiale)
- 14) infection au VIH dans le cadre de l'occupation
- 15) insuffisance hépatique à un stade avancé
- 16) insuffisance rénale
- 17) maladie d'Alzheimer
- 18) maladie de Parkinson
- 19) maladie du neurone moteur
- 20) méningite bactérienne

- 21) paralysie
- 22) perte d'autonomie
- 23) perte de la parole
- 24) perte de membres
- 25) remplacement des valves du cœur
- 26) sclérose en plaques
- 27) sclérose généralisée évolutive
- 28) surdité
- 29) transplantation d'un organe vital
- 30) transplantation d'un organe vital sur liste d'attente
- 31) tumeur cérébrale bénigne

Accident vasculaire cérébral désigne le diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose, par une hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- 1) l'apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques;
- 2) de nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique et qui persistent pendant plus de 30 jours suivant la date du diagnostic.

Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostiques.

**Exclusions** : Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- 1) attaques ischémiques cérébrales transitoires;
- 2) accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- 3) infarctus lacunaire, qui ne correspond pas à la définition d'accident vasculaire cérébral ci-dessus.

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

- 1) stimulation de la moelle osseuse;
- 2) immunosuppresseurs;
- 3) greffe de la moelle osseuse.

Brûlures sévères désigne le diagnostic définitif de brûlures au troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps.

Cancer (avec risque de décès à court terme) désigne le diagnostic définitif d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus.

- 1) **Exclusions** : Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants de cancers qui ne comportent pas de risque de décès à court terme :
  - a) carcinome *in situ*;
  - b) mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V);
  - c) tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases;
  - d) cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).
- 2) **Période d'exclusion** : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition si, dans les 90 jours suivant la dernière des dates suivantes :
  - a) la date de prise d'effet de l'assurance;
  - b) la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance;la personne assurée
  - a) a présenté des signes, symptômes ou subi des examens approfondis menant à un diagnostic de cancer, admissible ou non en vertu de la présente garantie, sans égard à la date du diagnostic;
  - b) a fait l'objet d'un diagnostic de cancer, admissible ou non en vertu de la présente garantie.

L'information qui précède doit être transmise à l'assureur dans les six mois suivant la date du diagnostic à défaut de quoi, l'assureur peut refuser toute demande de prestations pour un cancer ou pour toute maladie grave ou maladie spécifique causée par un cancer ou par son traitement.

Cardiomyopathie dilatée désigne le diagnostic définitif d'une condition affaiblie de la fonction ventriculaire entraînant une déficience physique significative de classe III ou plus selon la « New York Heart Association Classification » (NYHA) des déficiences cardiaques. Le diagnostic doit être confirmé par de nouvelles anomalies cardiaques démontrées par échocardiographie avec une faible fraction d'éjection (moins de 40 %) pendant au moins trois mois.

La classe III de déficience cardiomyopathique de la NYHA signifie que le patient est confortable au repos et présente des symptômes dans les activités exigeant de moins grands efforts que les activités normales et quotidiennes, malgré la consommation de médicaments et les ajustements diététiques, avec des preuves d'anormalité de fonctions ventriculaires mise en évidence par un examen physique et des analyses de laboratoire.

**Exclusion** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas de causes ischémiques et toxiques (incluant l'alcool et les médicaments prescrits ou non) de la cardiomyopathie dilatée.

Cécité désigne le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de la vision des deux yeux mise en évidence par :

- 1) une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins dans les deux yeux; ou
- 2) un champ visuel de moins de 20 degrés dans les deux yeux.

Chirurgie coronarienne désigne la chirurgie du cœur visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire par pontage aortocoronarien. Un spécialiste doit confirmer que cette chirurgie est médicalement nécessaire.

**Exclusion** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas d'interventions non chirurgicales ou par cathéters, telles que l'angioplastie percutanée et l'utilisation du laser aux fins de désobstruction.

Chirurgie de l'aorte désigne l'intervention chirurgicale pour remédier à une anomalie de l'aorte qui nécessite une excision et le remplacement chirurgical de l'aorte au moyen d'un greffon. On entend par « aorte », l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications.

Coma désigne le diagnostic définitif d'un état d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pour une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer 4 ou moins pendant les 96 heures.

**Exclusions** : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas suivants

- 1) un coma médicalement provoqué;
- 2) un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue;
- 3) un diagnostic de mort cérébrale.

Crise cardiaque (infarctus du myocarde) désigne le diagnostic définitif de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par l'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus, et présentant au moins un des éléments suivants :

- 1) symptômes de crise cardiaque;
- 2) nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde;
- 3) apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, sans s'y limiter, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

**Exclusions** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas suivants

- 1) élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra artérielle incluant, sans s'y limiter, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne et en l'absence d'une onde Q;
- 2) découverte fortuite de changements à l'ECG suggérant un ancien infarctus du myocarde ne correspondant pas à la présente définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde).

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

Hépatite virale fulminante désigne le diagnostic définitif de nécrose submassive à massive du foie causée par un virus qui entraîne précipitamment une insuffisance hépatocellulaire. La prestation ne sera payable que si tous les critères suivants sont satisfaits :

- 1) diminution rapide du volume du foie confirmé par une échographie abdominale;
- 2) nécrose impliquant entièrement les lobules, ne laissant qu'une trame réticulaire, confirmé par histologie, si applicable;
- 3) détérioration rapide des fonctions hépatiques;
- 4) amplification de l'ictère.

**Exclusions** : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas suivants

- 1) une hépatite chronique;
- 2) une insuffisance hépatocellulaire causée par l'alcool, les toxines et/ou les drogues.

Hypertension artérielle pulmonaire primitive (hypertension artérielle pulmonaire idiopathique et hypertension artérielle pulmonaire familiale) désigne le diagnostic définitif d'hypertension artérielle pulmonaire primitive avec un élargissement substantiel du ventricule droit confirmé par des analyses et incluant un cathétérisme cardiaque, entraînant une déficience physique irréversible et permanente de classe IV ou plus selon la « New York Heart Association Classification » (NYHA) des déficiences cardiaques.

La classification NYHA des déficiences cardiaques stipule que la classe IV rend impossible l'accomplissement d'une activité physique sans inconfort et que les symptômes pourraient être présents même au repos.

**Exclusion** : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans tous les cas d'autres types d'hypertension artérielle pulmonaire.

Infection au VIH dans le cadre de l'occupation désigne le diagnostic définitif d'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle durant l'exercice des fonctions normales de l'occupation de la personne assurée, et qui a exposé celle-ci à des fluides corporels contaminés par le VIH.

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date de prise d'effet de l'assurance ou après la date de la prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance.

La prestation ne sera payable que si tous les critères suivants sont satisfaits :

- 1) la blessure accidentelle doit être déclarée à l'assureur dans les 14 jours suivant l'accident;
- 2) une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif;
- 3) une sérologie du VIH doit être effectuée entre les 90<sup>e</sup> et 180<sup>e</sup> jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être positif;
- 4) tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire reconnu au Canada ou aux États-Unis;
- 5) la blessure accidentelle doit être rapportée, enquêtée et documentée selon les normes de santé et de sécurité au travail au Canada ou aux États-Unis.

**Exclusion** : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas suivants

- 1) la personne assurée a refusé de recevoir tout vaccin, approuvé et disponible, offrant une protection contre le VIH;
- 2) un traitement approuvé et curatif pour l'infection au VIH était devenu disponible avant la blessure accidentelle;
- 3) l'infection au VIH a eu lieu à la suite d'une blessure non-accidentelle (incluant mais sans s'y limiter, la transmission sexuelle ou l'usage de drogue intraveineuse).

Insuffisance hépatique à un stade avancé désigne le diagnostic définitif d'insuffisance hépatique due à une cirrhose et entraînant l'ensemble des troubles suivants :

- 1) ictère permanent;
- 2) ascite;
- 3) encéphalopathie.

**Exclusion** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas d'insuffisance hépatique entraînée par l'usage d'alcool ou de drogues.

Insuffisance rénale désigne le diagnostic définitif du stade terminal d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers par hémodialyse ou par dialyse péritonéale, ou une greffe rénale.

Maladie d'Alzheimer désigne le diagnostic définitif d'une affection dégénérative progressive du cerveau. La personne assurée doit présenter des signes de détérioration intellectuelle affectant la mémoire et le jugement et entraînant une réduction marquée du fonctionnement mental et social. Cette réduction doit nécessiter une surveillance journalière d'au moins huit heures.

**Exclusion** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition pour tout autre désordre organique du cerveau de type démentiel ainsi que pour les maladies psychiatriques.

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

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

Maladie du neurone moteur désigne le diagnostic définitif d'une des maladies suivantes : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primaire, amyotrophie spinale progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudobulbaire, et se limite à ces maladies.

Méningite bactérienne désigne le diagnostic définitif de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes en culture et qui entraîne un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours suivant la date du diagnostic.

**Exclusion :** Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans le cas d'une méningite virale.

Paralysie désigne le diagnostic définitif de la perte complète des fonctions musculaires de deux membres ou plus résultant d'un traumatisme ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, durant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.

Perte d'autonomie désigne le diagnostic définitif de

- 1) l'incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux des six activités de la vie quotidienne : ou
- 2) déficience cognitive, telle que définie ci-après,

pour une période continue de plus de 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- 1) prendre son bain – capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires.
- 2) se vêtir – capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris orthèses, membres artificiels ou autres accessoires chirurgicaux.
- 3) faire sa toilette – capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète.
- 4) être continent – capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle compatible avec un bon état de santé général.
- 5) se mouvoir - capacité de se mettre au lit ou d'en sortir, de s'asseoir ou de se relever d'un siège ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint.
- 6) se nourrir – capacité de consommer de la nourriture ou des breuvages qui ont été préparés et servis, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés.

La déficience cognitive est définie comme la détérioration mentale et la perte de l'aptitude intellectuelle, se manifestant par une détérioration de la mémoire, de l'orientation et de la faculté de raisonner, lesquelles sont mesurables et qui résultent d'une cause organique objective diagnostiquée par un spécialiste. Le degré de déficience cognitive doit être suffisamment grave pour nécessiter une surveillance journalière continue d'au moins huit heures. L'établissement de la déficience cognitive est fondé sur des données cliniques et des évaluations normalisées et valides des déficiences.

**Exclusion** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans tout cas de trouble mental ou nerveux non imputable à une cause organique.

Perte de la parole désigne le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'usage de la parole résultant d'une blessure ou maladie physique et démontré pour une période continue d'au moins 180 jours.

**Exclusion** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans tout cas étant relié à une cause psychiatrique.

Perte de membres désigne le diagnostic définitif de la séparation irréversible et complète de deux ou plusieurs membres au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville résultant d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

Remplacement des valves du cœur désigne le remplacement, par intervention chirurgicale, de toute valve du cœur par une valve naturelle ou mécanique.

**Exclusion** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas de réparation d'une valve cardiaque.

Sclérose en plaques désigne le diagnostic définitif d'au moins une des conditions suivantes :

- 1) au moins deux épisodes distincts, confirmés par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation; ou
- 2) des anomalies neurologiques bien définies persistant pour une période continue d'au moins six mois, confirmées par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation; ou
- 3) un seul épisode, confirmé par plusieurs résonances magnétiques du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation et s'étant développées à des intervalles d'au moins 1 mois.

Sclérose généralisée évolutive désigne le diagnostic définitif de sclérodémie généralisée évolutive avec atteinte systémique du cœur, des poumons ou des reins. Le diagnostic de sclérose généralisée évolutive doit être confirmé catégoriquement par une biopsie et des signes sérologiques.

**Exclusions** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas suivants

- 1) sclérodémie localisée (sclérodémie ou morphee linéaire);
- 2) fasciite éosinophilique; ou
- 3) syndrome de CREST.

Surdité désigne le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un seuil d'intensité vocale de 500 à 3 000 hertz.

Transplantation d'un organe vital désigne le diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour se qualifier à la transplantation d'un organe vital, la personne assurée doit subir une chirurgie pour recevoir par transplantation un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse, en se limitant à ces organes.

Transplantation d'un organe vital sur liste d'attente désigne le diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour se qualifier à la transplantation d'un organe vital sur liste d'attente, la personne assurée doit être inscrite comme receveuse dans un programme de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis et qui effectue la forme de transplantation requise. Aux fins de période de survie, la date du diagnostic est réputée être la date d'inscription de la personne assurée à un tel programme de transplantation.

Tumeur cérébrale bénigne désigne le diagnostic définitif d'une tumeur non maligne située dans la voûte du crâne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou par radiation ou provoquer des déficits neurologiques documentés et irréversibles.

- 1) **Exclusion** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas de microadénomes pituitaires de moins de 10 mm.
- 2) **Période d'exclusion** : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition si, dans les 90 jours suivant la dernière des dates suivantes :

- a) la date de prise d'effet de l'assurance;
- b) la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance;

la personne assurée

- a) a présenté des signes, symptômes ou subi des examens approfondis menant à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou exclu en vertu de la présente garantie), sans égard à la date du diagnostic;
- b) a fait l'objet d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou exclu en vertu de la présente garantie).

L'information qui précède doit être transmise à l'assureur dans les six mois suivant la date du diagnostic à défaut de quoi, l'assureur peut refuser toute demande de prestations pour une tumeur cérébrale bénigne ou pour toute maladie grave ou maladie spécifique, causées par une tumeur cérébrale bénigne ou par son traitement.

## PREUVES D'ASSURABILITÉ

Le conjoint qui demande un montant de prestations plus élevé que le montant maximum pouvant être souscrit sans preuves d'assurabilité, tel qu'indiqué au TABLEAU DES GARANTIES pour la garantie d'assurance maladies graves de base des personnes à charge, doit fournir des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'assureur pour la partie du montant des prestations qui excède ce maximum.

## PAIEMENT DE LA PRESTATION

Le paiement de toute prestation relative au diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique est conditionnel à la réception préalable de preuves jugées satisfaisantes par l'assureur, confirmant :

- 1) que le spécialiste a établi le diagnostic; et
- 2) que le conjoint a survécu après le diagnostic et que les conditions décrites dans la définition de période de survie de la présente garantie ont été respectées.

## COUVERTURE POUR LES MALADIES GRAVES

Si le conjoint assuré reçoit le diagnostic d'une maladie grave telle que définie dans la présente garantie, l'assureur versera le montant de l'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Toutefois, si ce diagnostic est établi après tout diagnostic d'une maladie spécifique ou d'une précédente maladie grave pour laquelle une prestation a déjà été versée, le diagnostic ne peut faire l'objet d'une demande de prestations qu'en vertu de la section COUVERTURE EN CAS D'OCCURRENCES MULTIPLES.

## PRESTATION PARTIELLE EN CAS DE MALADIE SPÉCIFIQUE

Si le conjoint reçoit le diagnostic d'une maladie admissible en vertu de la présente section et définie ci-après, l'assureur versera une prestation équivalant à 10 % du montant de l'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, jusqu'à concurrence d'un maximum de 25 000 \$.

Le diagnostic d'une seule des maladies spécifiques suivantes est admissible en vertu de la présente section. Maladie spécifique désigne :

- 1) Angioplastie coronarienne désigne une intervention visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre la circulation ininterrompue du sang. Un spécialiste doit confirmer que cette chirurgie est médicalement nécessaire.
- 2) Carcinome canalaire *in situ* (cancer du sein) désigne le diagnostic d'un cancer du sein non invasif prenant naissance dans les canaux galactophores. Le diagnostic doit être confirmé au moyen d'une biopsie.

- 3) Cancer de la prostate au stade A (T1a or T1b) désigne le diagnostic d'une tumeur maligne, cliniquement non apparente, à la prostate, qui n'est ni palpable ni visible par imagerie. Le diagnostic doit être confirmé au moyen d'un examen pathologique du tissu prostatique.
- 4) Mélanome malin au stade 1A désigne le diagnostic d'un mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V. Le diagnostic doit être confirmé au moyen d'une biopsie.

**Période d'exclusion pour les maladies spécifiques** décrites en 2), 3) et 4) ci-dessus :

Aucune prestation n'est payable pour cette condition si le diagnostic a été établi dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de l'assurance ou la date de prise d'effet de la remise en vigueur de l'assurance en vertu de la présente garantie.

Si le conjoint a préalablement reçu le diagnostic d'une maladie grave pour laquelle une prestation a été versée, la demande de prestations ne peut être faite qu'en vertu de la section COUVERTURE EN CAS D'OCCURRENCES MULTIPLES.

En vertu de la présente section, une seule prestation à vie peut être versée au conjoint.

### **COUVERTURE EN CAS DE RÉCURRENCE DE CANCER**

L'assureur versera le montant de l'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES si le conjoint reçoit un diagnostic de cancer (avec risque de décès à court terme) après la réception d'un autre diagnostic de cancer si :

- 1) plus de 60 mois se sont écoulés depuis le diagnostic de cancer précédent; et
- 2) aucun traitement relié directement ou indirectement au cancer n'a été reçu durant cette période de 60 mois (les traitements n'incluent pas les médicaments préventifs et les visites de suivi chez le médecin).

L'assurance doit être en vigueur lorsque le diagnostic subséquent est établi.

## **COUVERTURE EN CAS D'OCCURRENCES MULTIPLES**

- 1) Si le conjoint a reçu le diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique pour laquelle une prestation a été versée et reçoit par la suite le diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique, l'assureur versera le montant de l'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Pour recevoir la prestation, le diagnostic doit avoir été établi au moins 90 jours après la date du plus récent paiement effectué pour le règlement d'une demande de prestations pour le diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique.

Toutefois, lorsque le conjoint a reçu le diagnostic d'une maladie spécifique pour laquelle une prestation a été versée et que le diagnostic suivant reçu par cet adhérent en est un de maladie grave, établi moins de 90 jours après la date du plus récent paiement de ladite prestation, l'assureur versera une prestation équivalant au montant de l'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES moins le montant versé pour le diagnostic de maladie spécifique.

- 2) Si le conjoint a reçu le diagnostic d'une maladie grave pour laquelle une prestation a été versée et reçoit par la suite le diagnostic d'une maladie spécifique, l'assureur versera une prestation équivalant à 10 % du montant de l'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, jusqu'à concurrence d'un maximum de 25 000 \$.

Pour recevoir la prestation, le diagnostic doit avoir été établi au moins 90 jours après la date du plus récent paiement effectué pour le règlement d'une demande de prestations pour le diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique.

Le paiement de toute prestation en vertu de la présente section est sujet aux restrictions indiquées dans la section EXCLUSIONS POUR RÉADMISSION.

## **EXCLUSIONS POUR RÉADMISSION**

Si le conjoint reçoit une prestation pour le diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique, l'assurance est automatiquement maintenue à condition que le paiement de la prime soit maintenu. Le conjoint peut faire une demande subséquente de prestations pour le diagnostic d'une autre maladie grave admissible, sous réserve des restrictions suivantes :

- 1) S'il a fait une demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.

- 2) S'il a fait une demande de prestation pour anémie aplasique, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour anémie aplasique, cancer (avec risque de décès à court terme), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, mélanome malin au stade 1A ou perte d'autonomie.
- 3) S'il a fait une demande de prestation pour brûlures sévères, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour brûlures sévères, paralysie ou perte d'autonomie.
- 4) S'il a fait une demande de prestation pour cancer (avec risque de décès à court terme), le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour anémie aplasique, cancer (avec risque de décès à court terme), sauf si toutes les conditions stipulées à la section COUVERTURE EN CAS DE RÉCURRENCE DE CANCER sont respectées, pour cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, insuffisance hépatique à un stade avancé, mélanome malin au stade 1A ou perte d'autonomie.
- 5) S'il a fait une demande de prestation pour cardiomyopathie dilatée, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, cardiomyopathie dilatée, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, remplacement des valves du cœur, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 6) S'il a fait une demande de prestation pour cécité, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour cécité ou perte d'autonomie.
- 7) S'il a fait une demande de prestation pour chirurgie coronarienne, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance rénale, insuffisance hépatique à un stade avancé, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 8) S'il a fait une demande de prestation pour chirurgie de l'aorte, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 9) S'il a fait une demande de prestation pour coma, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, cécité, coma, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole ou surdité.

- 10) S'il a fait une demande de prestation pour crise cardiaque (infarctus du myocarde), le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 11) S'il a fait une demande de prestation pour dystrophie musculaire, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, cardiomyopathie dilatée, cécité, coma, crise cardiaque, dystrophie musculaire, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole, remplacement des valves du cœur, surdité, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 12) S'il a fait une demande de prestation pour hépatite virale fulminante, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour cancer (avec risque de décès à court terme), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, hépatite virale fulminante, insuffisance hépatique   un stade avancé, mélanome malin au stade 1A, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 13) S'il a fait une demande de prestation pour hypertension artérielle pulmonaire primitive (hypertension artérielle pulmonaire idiopathique et hypertension artérielle pulmonaire familiale), le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour : accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, cardiomyopathie dilatée, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, hypertension artérielle pulmonaire primitive, insuffisance rénale, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 14) S'il a fait une demande de prestation pour infection au VIH dans le cadre de l'occupation, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour : accident vasculaire cérébral, cancer (avec risque de décès à court terme), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, c c t , coma, infection au VIH dans le cadre de l'occupation, insuffisance hépatique   un stade avancé, insuffisance rénale, mélanome malin au stade 1A, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole ou surdité.
- 15) S'il a fait une demande de prestation pour insuffisance hépatique   un stade avancé, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, crise cardiaque, coma, insuffisance hépatique   un stade avancé, insuffisance rénale, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.

- 16) S'il a fait une demande de prestation pour insuffisance rénale, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 17) S'il a fait une demande de prestation pour maladie d'Alzheimer, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour maladie d'Alzheimer ou perte d'autonomie.
- 18) S'il a fait une demande de prestation pour maladie de Parkinson, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour coma, maladie de Parkinson, paralysie, perte d'autonomie ou perte de la parole.
- 19) S'il a fait une demande de prestation pour maladie du neurone moteur, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, cécité, coma, crise cardiaque, maladie du neurone moteur, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole ou surdité.
- 20) S'il a fait une demande de prestation pour méningite bactérienne, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, cécité, coma, méningite bactérienne, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole ou surdité.
- 21) S'il a fait une demande de prestation pour paralysie, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour coma, paralysie, perte d'autonomie ou perte de la parole.
- 22) S'il a fait une demande de prestation pour perte d'autonomie, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation. L'assurance en vertu de la présente garantie prend fin.
- 23) S'il a fait une demande de prestation pour perte de la parole, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour perte d'autonomie ou perte de la parole.
- 24) S'il a fait une demande de prestation pour perte de membres, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour perte d'autonomie ou perte de membres.
- 25) S'il a fait une demande de prestation pour remplacement des valves du cœur, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour : accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique   un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 26) S'il a fait une demande de prestation pour sclérose en plaques, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, cécité, coma, insuffisance rénale, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole, sclérose en plaques ou surdité.

- 27) S'il a fait une demande de prestation pour sclérose généralisée évolutive, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, cancer (avec risque de décès à court terme), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, cécité, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, mélanome malin au stade 1A, paralysie, perte d'autonomie, sclérose en plaques, sclérose généralisée évolutive, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 28) S'il a fait une demande de prestation pour surdité, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour perte d'autonomie ou surdité.
- 29) S'il a fait une demande de prestation pour transplantation d'un organe vital, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, anémie aplasique, cancer (avec risque de décès à court terme), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique   un stade avancé, insuffisance rénale, mélanome malin au stade 1A, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 30) S'il a fait une demande de prestation pour transplantation d'un organe vital sur liste d'attente, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, anémie aplasique, cancer (avec risque de décès à court terme), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique   un stade avancé, insuffisance rénale, mélanome malin au stade 1A, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 31) S'il a fait une demande de prestation pour une tumeur cérébrale bénigne, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, cécité, coma, méningite bactérienne, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole, surdité ou tumeur cérébrale bénigne.

## **RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS**

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- 1) maladie grave ou maladie spécifique résultant directement ou indirectement
  - a) de dommages corporels que la personne assurée s'inflige intentionnellement, d'une exposition volontaire à une maladie ou d'une tentative de suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
  - b) d'une guerre, déclarée ou non, du service actif dans les forces armées d'un pays, de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
  - c) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel du Canada;

- d) d'un abus d'alcool;
  - e) de l'usage de tout médicament, de tout narcotique, de toute substance intoxicante ou de toute autre substance nocive, sauf s'ils sont utilisés tel que prescrit ou recommandé par un médecin;
- 2) cancer qui se manifeste avant la date de prise d'effet de l'assurance ou avant la date de prise d'effet de la remise en vigueur de l'assurance, si ce cancer récidive ou se métastase après la prise d'effet de l'assurance, sauf si toutes les conditions stipulées dans la section COUVERTURE EN CAS DE RÉCURRENCE DE CANCER sont respectées;
- 3) maladie grave ou maladie spécifique résultant directement ou indirectement d'une condition préexistante.

Cette exclusion relative aux conditions préexistantes ne s'applique qu'aux montants d'assurance équivalents ou inférieurs au montant maximum sans preuves d'assurabilité indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Toutefois, si l'adhérent est assuré depuis une période continue de plus de 24 mois, ou a fourni une preuve d'assurabilité satisfaisante pour l'assureur pour un montant supérieur au maximum sans preuves d'assurabilité tel qu'indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, cette exclusion relative aux conditions préexistantes ne s'applique pas au montant alors approuvé par l'assureur.

Si l'adhérent était assuré en vertu d'une garantie similaire du contrat antérieur offert par l'employeur au cours de toute période de temps précédant immédiatement la date de prise d'effet de la présente garantie, la période pendant laquelle il a été couvert sera reconnue aux fins de l'exclusion relative aux conditions préexistantes de la présente garantie.

## **LIMITATIONS GÉOGRAPHIQUES**

Si une maladie grave ou une maladie spécifique est diagnostiquée à l'extérieur du Canada à la suite d'un accident ou d'une maladie, l'assureur n'étudie la demande de prestations que lorsque l'adhérent est de retour au Canada et qu'une évaluation médicale du diagnostic posé antérieurement a été obtenue.

## **FIN DE LA GARANTIE**

Cette garantie prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge indiqué au TABLEAU DES GARANTIES;
- 2) la première des dates indiquées dans la section CESSATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE;
- 3) la date à laquelle l'assureur verse la prestation applicable au diagnostic de perte d'autonomie pour la personne assurée en vertu de la présente garantie.
- 4) la date où l'assurance prend fin à la suite du décès de l'adhérent.

## **DROIT DE TRANSFORMATION**

Si l'assurance du conjoint prend fin par suite :

- 1) de la cessation d'emploi de l'adhérent;
- 2) de la cessation de son admissibilité en vertu du contrat;
- 3) de la cessation d'une période d'invalidité totale suivant laquelle l'adhérent n'est pas retourné à l'emploi de l'employeur;
- 4) du décès de l'adhérent;

et qu'il n'a pas atteint l'âge de 65 ans, il a le droit, sur demande écrite à l'assureur dans les 31 jours suivant la cessation, de transformer son assurance en une police individuelle d'assurance maladies graves alors offerte par l'assureur, sans preuves d'assurabilité. Le droit de transformation n'est pas offert dans les cas de résiliation du contrat ou de la garantie.

Le montant d'assurance qui peut être transformé ne peut en aucun cas excéder le montant de l'assurance du conjoint qui était en vigueur à la date de la cessation, jusqu'à concurrence d'un montant global de 200 000 \$ pour l'ensemble des garanties d'assurance maladies graves pouvant être transformées en vertu du contrat.

## **DROIT DU CONJOINT APRÈS LA CESSATION DE L'ASSURANCE**

Si le conjoint reçoit le diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique dans les 31 jours suivant la cessation de son assurance en vertu de la présente garantie, le montant d'assurance maladies graves payable est celui qu'il aurait eu le droit de transformer.

## **DÉCLARATION ET PREUVE DE SINISTRE**

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

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

L'assureur se réserve le droit de vérifier le diagnostic auprès du ou des spécialistes traitants et de faire examiner à ses frais toute personne assurée pour qui une demande de prestations a été soumise.

## ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT

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

### DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

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

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

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

Invalidité totale ou totalement invalide désigne

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

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

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

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

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

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

## **PREUVES D'ASSURABILITÉ**

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

## **OBJET DE LA GARANTIE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **RAJUSTEMENT SELON L'INDICE DES PRIX À LA CONSOMMATION**

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

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

### **RÉDUCTION DES PRESTATIONS MENSUELLES, RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS**

- 1) Intégration indirecte

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

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

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

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

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

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

### 3) Restrictions

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

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

### 4) Exclusions

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

- a) une blessure subie lors d'une guerre, déclarée ou non, le service actif de l'adhérent dans les forces armées d'un pays, sa participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire, sauf s'il agit dans l'exercice de ses fonctions ou en application de la loi (agent de sécurité par exemple);
- b) une infraction ou tentative d'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 survenu pendant que l'adhérent était couvert en vertu du contrat;

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

## **RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ TOTALE**

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

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

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

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

## **GESTION DE L'INVALIDITÉ**

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

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

- 1) coordination de l'accès à des services de santé;
- 2) programme de soutien à la réintégration au travail;
- 3) négociation d'un retour progressif au travail;
- 4) programme de réadaptation pouvant inclure des services d'évaluation, de traitement, de formation, de placement et de recherche d'emploi.

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

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

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

## **CESSATION DES VERSEMENTS**

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

- 1) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
- 2) la date à laquelle l'adhérent s'adonne à toute tâche rémunératrice autre qu'une activité de réadaptation rémunératrice approuvée;
- 3) la date fixée par l'assureur à laquelle l'adhérent est censé lui avoir fourni une attestation satisfaisante de son invalidité totale ou s'être soumis à un examen médical demandé par l'assureur, mais a négligé ou refusé de le faire;

- 4) la date à laquelle est écoulée la période maximale de versement des prestations indiquée au TABLEAU DES GARANTIES pour toute période d'invalidité totale;
- 5) la date à laquelle l'adhérent refuse de participer à un programme de gestion de l'invalidité ou de s'adonner à une activité de réadaptation que l'assureur juge appropriée;
- 6) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

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

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

## **DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE**

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

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

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

## ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE

### DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Année civile désigne la période qui s'étend du 1<sup>er</sup> 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.

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

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

Médicament équivalent désigne un médicament, de marque ou générique, dit interchangeable en vertu de la loi provinciale applicable où le médicament est délivré.

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 aucune condition médicale, ou est affectée par une condition médicale :

- 1) qui n'a fait l'objet d'aucune modification ou recommandation de modification du traitement ou de la posologie des médicaments prescrits;
- 2) qui n'est caractérisée par aucun symptôme ne laissant présager une détérioration de la condition médicale pendant la durée du voyage;
- 3) qui n'a fait l'objet d'aucune hospitalisation ou recommandation de consulter un spécialiste;
- 4) qui n'a fait l'objet d'aucun examen ou test médical à des fins d'investigation pour lesquels les résultats sont attendus; et
- 5) pour laquelle aucun traitement n'est planifié, en attente ou non complété.

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.

## **DÉFINITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE**

Avion désigne un aéronef multimoteur à voilure fixe d'un poids autorisé au décollage d'au moins 4 536 kg qui est exploité entre des aéroports reconnus par une ligne aérienne à horaire fixe ou à service d'affrètement immatriculé au Canada ou l'étranger et qui détient un permis valide de la Commission Canadienne des Transports Aériens de transporteur aérien à horaire fixe ou à service d'affrètement (ou leur équivalent étranger). Les vols spéciaux ou nolisés autorisés par l'un des permis ci-haut mentionnés ne sont couverts que s'ils sont effectués avec un aéronef de type normalement employé par la ligne aérienne pour son service de vols à horaire fixe ou affrétés. Tous les appareils militaires sont exclus.

Compagnon de voyage désigne la personne de 18 ans ou plus qui ne répond pas à la définition d'enfant à charge et qui partage des arrangements de voyage avec la personne assurée (jusqu'à un maximum de 4 personnes, y compris la personne assurée).

Défaillance désigne la faillite du fournisseur de services de voyage, volontaire ou involontaire, qui empêche la personne assurée de bénéficier des arrangements de voyage et qui expose cette dernière à subir une perte financière. Le fournisseur de services de voyage doit avoir un bureau au Canada et détenir tous les permis et certificats d'exploitation requis par les autorités canadiennes compétentes.

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.

Hôte à destination désigne une personne avec qui la personne assurée partage un hébergement prévu à l'avance, pourvu que l'hébergement en question soit reconnu comme la résidence de l'hôte à destination.

Membre de la proche famille désigne le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère ou la sœur de la personne assurée.

Membre de la famille désigne tout membre de la proche famille ainsi que le beau-père, la belle-mère, les grands-parents, les petits-enfants, les demi-frères, les demi-soeurs, les beaux-frères, les belles-soeurs, les gendres, les brus, les oncles, les tantes, les neveux ou les nièces de la personne assurée.

Perte financière désigne la perte des sommes payées au fournisseur de services de voyage pour les arrangements de voyage qu'il a conclus, si le fournisseur ne peut les respecter en raison de défaillance, dans la mesure où ces sommes n'ont pas été ou ne seront pas remboursées à la personne assurée par le fournisseur de services ou par tout fonds prévu ou mis sur pied à cet effet par les autorités gouvernementales.

Quarantaine désigne la période déterminée par les autorités sanitaires pour protéger la santé de la population et durant laquelle la personne assurée doit être placée en isolement parce qu'elle est atteinte ou potentiellement atteinte d'une maladie infectieuse identifiée par les autorités sanitaires.

Réunion d'affaires désigne une réunion privée préalablement organisée dans le cadre de l'occupation à plein temps de la personne assurée ou de la profession exercée par cette dernière.

Transport public désigne un déplacement par avion, autobus, train, bateau, taxi ou limousine exploités sous licence par un transporteur autorisé pour le transport des passagers.

## **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) et prescrits par le médecin traitant ou tout professionnel de la santé autorisé à le faire selon la loi applicable.

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.

### **POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT**

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

### **FRAIS ADMISSIBLES AU CANADA – ACCIDENT-MALADIE**

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

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

### **FRAIS D'HOSPITALISATION**

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

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

## MÉDICAMENTS

- 1) Les médicaments qui portent un DIN (numéro d'identification du médicament), qui sont fournis par un pharmacien et :
  - a) qui, selon la loi, requièrent une ordonnance; ou
  - b) qui peuvent s'obtenir sans ordonnance mais qui, par convention, sont considérés comme essentiels au maintien de la vie, incluant, sans toutefois s'y limiter :
    - antipaludiques
    - fibrinolytiques
    - nitroglycérine
    - suppléments de sels ferreux à ingrédient unique
    - agents thyroïdiens
    - agents fibrinolytiques enzymatiques topiques

Les préparations magistrales fournies par un pharmacien et dont le principal ingrédient actif est un médicament admissible.

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

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

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

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

### 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 indiqué au TABLEAU DES GARANTIES pour chaque personne assurée.

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

Les frais engagés pour des techniques d'imagerie utilisées par un chiropraticien sont couverts, jusqu'à concurrence du montant 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 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 couverte requiert l'usage exclusif d'un lit électrique.

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

## ORTHÈSES ET PROTHÈSES

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

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

Membre artificiel et prothèse myoélectrique : achat, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 25 000 \$ par prothèse par personne assurée. Réparation, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 25 000 \$ par réparation par personne assurée. Remplacement rendu nécessaire par un changement physiologique, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 25 000 \$ par prothèse par personne assurée.

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.

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

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

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

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

- 1) Options 1 et 2, jusqu'à concurrence d'un montant payable viager de 15 000 \$ par personne assurée;
- 2) Option 3, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 30 000 \$ par personne assurée, pour toute période de 60 mois consécutifs, pour tout équipement, fourniture et entretien.

## FOURNITURES MÉDICALES

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

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

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

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

Cathéter : achat.

Fournitures médicales servant au gavage : achat.

Fournitures médicales nécessaires suite à une trachéotomie : achat.

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

Vêtements compressifs pour brûlés : achat.

Pansements médicamenteux : achat.

## SERVICES DIAGNOSTIQUES

Techniques d'imagerie, analyse de laboratoire et test de dépistage prénatal visant à déterminer le taux de risque de certaines anomalies chez le fœtus (trisomie 18, syndrome de Down, spina bifida et anencéphalie), à l'exclusion des services reçus à l'hôpital, jusqu'à concurrence du montant indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

## SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT

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

## CURES ET TRAITEMENTS

Cure de désintoxication : les frais de séjour pour une cure de désintoxication dans un centre reconnu ou dans une clinique privée spécialisée dans le traitement de l'alcoolisme, la toxicomanie ou la dépendance aux jeux et reconnue comme telle, pourvu que l'état de la personne nécessite une cure sous la surveillance et le contrôle d'un médecin et que le séjour ait été préalablement approuvé par l'assureur, à raison d'un montant admissible de 80 \$ par jour et jusqu'à concurrence d'un montant payable viager de 2 500 \$ par personne assurée.

## 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 indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Cristallin artificiel : achat de cristallin implanté chirurgicalement en remplacement du cristallin naturel à la suite d'une cataracte, jusqu'à concurrence du montant indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

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

## LE SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ

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

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

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

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

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

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

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

## FRAIS ADMISSIBLES – ASSURANCE VOYAGE

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

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

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

### 1) Frais médicaux admissibles :

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

### 2) Frais admissibles de transport :

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

- c) le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié qui n'est ni un membre de la famille immédiate, ni un ami, ni un compagnon de voyage, à condition que la présence d'un tel accompagnateur soit prescrite par le médecin traitant et approuvée par Voyage Assistance;
- d) le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne assurée qui demeure à l'hôpital pendant au moins sept jours (les frais ne seront remboursés que si la personne demeure à l'hôpital au moins sept jours); cette visite n'est cependant pas admissible au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus. Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont également couverts, jusqu'à concurrence de 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.

<b>Provenance de l'appel</b>	<b>Numéro à composer</b>
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

## FRAIS ADMISSIBLES - ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

### 1) Événements pouvant donner lieu à un remboursement

L'assurance annulation de voyage permet à la personne assurée d'obtenir le remboursement des frais payés à l'avance ou de certains frais supplémentaires qu'elle doit engager si son voyage est annulé ou interrompu en raison des événements suivants :

- a) maladie, accident ou décès de la personne assurée ou d'un membre de sa famille;
- b) maladie, accident ou décès d'un compagnon de voyage ou d'un membre de la proche famille du compagnon de voyage; dans les cas où plusieurs personnes voyagent ensemble, seulement 3 personnes assurées peuvent invoquer cette raison pour obtenir une prestation pour elles-mêmes et pour les enfants à charge qui les accompagnent;
- c) décès ou hospitalisation d'un associé en affaires, d'un employé-clé ou de l'hôte à destination; un employé-clé est un employé ou un franchisé qui joue un rôle primordial dans la bonne marche de l'entreprise pour laquelle il travaille, de concert avec la personne assurée, et dont l'absence met les activités principales de cette dernière en péril;
- d) service de la personne assurée ou du compagnon de voyage comme membre d'un jury, ou son assignation à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue, durant la période du voyage;
- e) mise en quarantaine de la personne assurée ou du compagnon de voyage;
- f) détournement d'un avion à bord duquel la personne assurée voyage;
- g) déménagement de la résidence principale de la personne assurée à une distance minimale de 160 kilomètres dans les 30 jours qui précèdent la date du voyage assuré, à la suite d'un transfert exigé par son employeur;
- h) sinistre qui rend la résidence principale de la personne assurée ou du compagnon de voyage inhabitable;
- i) annulation d'une réunion d'affaires à cause de l'hospitalisation ou du décès de la personne avec qui les arrangements d'affaires concernant ladite réunion ont été préalablement pris; la réunion doit être la raison principale du voyage et le remboursement est limité aux frais de transport et à un maximum de 3 jours d'hébergement;

- j) situation particulière dans le pays, la région ou l'endroit de destination du voyage qui incite le gouvernement du Canada à émettre, après la date d'achat du billet d'avion ou du forfait voyage, un des avertissements suivants :
  - i) éviter tout voyage non essentiel; ou
  - ii) éviter tout voyage;à condition que l'avertissement soit toujours en vigueur 14 jours avant la date du départ;
- k) maladie, accident ou décès d'une personne dont la personne assurée ou le compagnon de voyage est le tuteur;
- l) décès d'une personne dont la personne assurée ou le compagnon de voyage est le liquidateur de la succession;
- m) défaillance du fournisseur de services de voyage ayant un bureau au Canada et détenant tous les permis et certificats d'exploitation requis par les autorités canadiennes compétentes;
- n) perte involontaire de l'emploi permanent de la personne assurée ou du compagnon de voyage, pourvu que la personne concernée ait été activement au service du même employeur depuis plus d'un an et qu'elle n'ait pas eu de raison de croire qu'elle pourrait perdre ledit emploi dans les jours suivant l'achat du voyage; par emploi permanent, on entend un emploi non saisonnier pour lequel une personne est embauchée en vertu d'un contrat à durée indéterminée;
- o) annulation d'une croisière avant la date du départ du navire de croisière en raison :
  - i) d'une panne mécanique;
  - ii) de l'échouement du navire;
  - iii) de sa mise en quarantaine; ou
  - iv) de son déroutement en raison d'intempéries;

- p) correspondance manquée empêchant la personne assurée de poursuivre son voyage selon l'itinéraire prévu en raison du :
- i) retard du moyen de transport public assurant la correspondance, causé par :
- un accident de la circulation prouvé par un rapport de police;
  - la fermeture d'urgence d'une route, prouvée par un rapport de police;
  - des difficultés mécaniques;
  - des conditions atmosphériques défavorables; ou
  - une catastrophe naturelle; ou
- ii) retard du véhicule, causé par :
- un accident de la circulation prouvé par un rapport de police;
  - la fermeture d'urgence d'une route, prouvée par un rapport de police;
- q) situation de crise ou d'urgence d'ordre public où la personne assurée ou le compagnon de voyage est appelé à servir comme policier, pompier, militaire actif ou réserviste, ou à fournir des services de santé essentiels;
- r) réception par la personne assurée d'un avis de garde légale d'un enfant;
- s) maladie, accident ou décès de la personne qui doit assurer la garde des enfants à charge de la personne assurée;
- t) grossesse de l'adhérent ou son conjoint qui débute après la date d'achat du voyage et dont le retour est prévu après les 32 premières semaines de grossesse.

- 2) Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % si l'annulation du voyage se produit avant le départ.

L'assureur verse une prestation égale aux frais suivants, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée :

- a) les sommes non remboursables et payées à l'avance pour le voyage projeté (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement);
- b) les frais supplémentaires occasionnés par le fait qu'un compagnon de voyage doive annuler son voyage pour une des raisons décrites à la présente section d'assurance annulation de voyage et que la personne assurée décide d'effectuer, avec un compagnon de voyage en moins, le voyage prévu initialement.

- 3) Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % si le départ est retardé ou si une correspondance est manquée.

L'assureur verse une prestation égale au total des frais suivants, s'ils ne sont pas remboursés par le fournisseur de service de voyage (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement), jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée :

- a) le coût supplémentaire d'un billet simple en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue, advenant une correspondance manquée en raison du :
  - i) retard du moyen de transport public assurant la correspondance causé par un accident de la circulation (prouvé par un rapport de police), la fermeture d'urgence d'une route (prouvée par un rapport de police), des difficultés mécaniques, des conditions atmosphériques défavorables ou une catastrophe naturelle;
  - ii) retard d'un véhicule causé par un accident de la circulation (prouvé par un rapport de police) ou la fermeture d'urgence d'une route (prouvée par un rapport de police).

Dans tous les cas, la personne assurée doit prévoir arriver au point de départ au moins 3 heures avant l'heure prévue du départ;

- b) le coût supplémentaire d'un billet simple en classe économique pour l'utilisation d'un moyen de transport public à horaire fixe (avion, autobus, train, bateau) empruntant la route la plus directe pour permettre à la personne assurée de rejoindre son groupe pour le reste du voyage, advenant que son départ soit retardé parce qu'elle ou son compagnon de voyage :
  - i) devient malade; ou
  - ii) subit une blessure.

Il est nécessaire à cet égard d'obtenir l'attestation d'un médecin à l'effet que la maladie ou la blessure sont suffisamment graves pour que le départ soit retardé;

- c) les frais de subsistance de la personne assurée jusqu'à ce que le voyage reprenne selon l'itinéraire prévu, limités à 200 \$ par jour par personne assurée et à un maximum global de 2 000 \$ par voyage.
- 4) Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % si le retour est anticipé ou retardé

L'assureur verse une prestation égale au total des frais suivants, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par personne assurée :

- a) le coût supplémentaire d'un billet simple en classe économique par la route la plus directe pour le voyage de retour jusqu'au point de départ de son voyage; toutefois, si une maladie ou une blessure corporelle retarde le retour de la personne assurée de plus de 7 jours après la date de retour convenue, la prestation prévue pour le retour ne sera payable que sur présentation d'une preuve de l'hospitalisation de la personne assurée;
  - b) la portion non utilisée et non remboursable (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement) de la partie terrestre du voyage (réservation d'hôtel, location de voiture, etc.);
  - c) les frais de subsistance de la personne assurée jusqu'à son retour au point de départ de son voyage, limités à 200 \$ par jour par personne assurée et à un maximum global de 2 000 \$ par voyage.
- 5) Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % en cas de défaillance d'un fournisseur de services de voyages.

L'assureur couvre, sous réserve des dispositions qui suivent en a) et b), la perte financière due à la défaillance de ce fournisseur, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée et sous réserve d'une subrogation en faveur de l'assureur pour tout montant ainsi payé :

- a) si la défaillance se produit avant le départ, l'assureur rembourse les sommes non remboursables et payées pour le voyage projeté (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement);
- b) si la défaillance survient après le départ, l'assureur rembourse la portion non utilisée et non remboursable des sommes payées à l'avance pour le voyage (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement).

Pour toute information concernant la garantie d'assurance annulation de voyage, la personne assurée peut contacter :

---

<b>Provenance de l'appel</b>	<b>Numéro à composer</b>
Région de Québec	(418) 838-7843
Région de Montréal	(514) 285-7843
Appel sans frais	1 800 463-7843

---

## **RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS**

- 1) Aucun remboursement n'est effectué en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :
  - a) les services ou les soins qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer en totalité ou en partie, sauf dans la mesure où il permet un remboursement excédentaire;
  - b) les services, les soins ou les produits que la personne reçoit gratuitement ou qui sont remboursables en vertu d'une loi provinciale ou fédérale, étant entendu que pour une personne qui n'est pas couverte par les lois en question, l'assureur ne rembourse pas les frais qui auraient normalement été couverts par les lois sur l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée;
  - c) les services, les soins ou les produits administrés à des fins expérimentales;
  - d) les frais engagés pour 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 myoélectriques;
  - h) les appareils robotisés d'aide à la marche;
  - i) les appareils de contrôle tels les stéthoscopes, les sphygmomanomètres ou les autres appareils de même nature ainsi que les accessoires domestiques tels les purificateurs, les humidificateurs, les climatiseurs, les baignoires à remous ou autres appareils de même nature;
  - j) les équipements de type « Obus Forme »;

- k) les cours, programmes d'exercices, programmes de conditionnement physique sur appareil ou au sol, bains flottants, bains de boue, bains thérapeutiques, exercices de relaxation, exercices en gymnase, séances d'étirement et renforcement, évaluations posturales et bougies auriculaires;
- l) les couches pour incontinence;
- m) les soins dentaires, sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;
- n) les actes dentaires et les fournitures ayant pour but la restauration de la bouche au complet ainsi que la correction de la dimension verticale ou de toute dysfonction temporo-mandibulaire;
- o) les voyages de santé ou les voyages effectués pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- p) les services, les soins ou les produits non inclus dans la liste des frais admissibles;
- q) les frais admissibles qui découlent directement ou indirectement :
  - i) de 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, du service actif dans les forces armées d'un pays ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire, sauf s'il agit dans l'exercice de ses fonctions ou en application de la loi (agent de sécurité par exemple);
  - v) du fait pour l'adhérent d'avoir conduit un véhicule motorisé alors qu'il était sous l'influence de stupéfiants ou que la concentration d'alcool dans son sang excédait la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada; les frais admissibles engagés pour une cure de désintoxication et les frais engagés pour l'achat de médicaments que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments couvrirait ne sont pas visés par la présente;
- r) les frais engagés pour le traitement de l'infertilité;
- s) pour l'option 1, les examens de la vue ou la vérification de la réfraction oculaire;
- t) pour l'option 1, les lunettes et les lentilles cornéennes, les lunettes de soleil ou les lunettes protectrices et l'ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes;

- u) pour les options 2 et 3, les lunettes de soleil ou les lunettes protectrices;
- v) 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.

## 2) Exclusions applicables aux médicaments

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

- a) les médicaments, les hormones, les produits et les injections servant au traitement de l'obésité;
- b) les produits anticonceptionnels (gelées et mousses contraceptives et prophylactiques), sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;
- c) les produits suivants, qu'ils soient considérés ou non comme des médicaments :
  - i) les shampooings et les autres produits pour le cuir chevelu, y compris les produits pour la pousse des cheveux;
  - ii) les produits pour soins esthétiques;
  - iii) les cosmétiques;
  - iv) les produits dits naturels et les préparations homéopathiques;
  - v) les écrans solaires;
  - vi) les savons;
  - vii) les laxatifs d'usage courant;
  - viii) les antiacides stomacaux d'usage courant;
  - ix) les émoullients épidermiques;
  - x) les désinfectants et les pansements usuels;
  - xi) les eaux minérales;
  - xii) les préparations de lait de toute nature pour bébés;
  - xiii) les protéines ou suppléments diététiques (c'est-à-dire les produits servant de supplément ou de complément à l'alimentation);
- d) les substances utilisées pour injections sclérosantes dans les cas de varicosités, de pinceaux veineux et de dilatation mineure non réellement pathologiques mais considérés comme inesthétiques;

- e) les produits et les médicaments prescrits pour le traitement de dysfonctions sexuelles;
- f) pour les résidents du Québec, les médicaments ou produits antitabac qui ne sont pas couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments ainsi que les frais en excédent du maximum prévu en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments relativement aux médicaments ou produits antitabac et pour les résidents des autres provinces, tous les médicaments ou produits antitabac;
- g) les médicaments pour le traitement de l'infertilité, sauf ceux couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments pour les résidents du Québec;
- h) 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;
- i) 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.

Pour les personnes assurées qui résident au Québec, les exclusions de la présente garantie ne doivent en aucun cas rendre le régime moins généreux sur le plan des prestations que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments.

- 3) Restrictions additionnelles 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 34 jours; cette restriction est de 100 jours pour les médicaments d'entretien.
- 4) Exclusions applicables 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) 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.

6) 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.

7) Exclusions applicables à l'assurance voyage

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

- c) pour une chirurgie ou un traitement, lorsque ceux-ci sont facultatifs ou non urgents, c'est-à-dire qu'ils auraient pu être prodigués dans la province de résidence de la personne assurée sans danger pour sa vie ou sa santé, même si les soins sont prodigués à la suite d'une urgence médicale;
- d) si la personne assurée ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
- e) pour les frais de soins de santé et les frais hospitaliers qui sont engagés pour une personne assurée qui ne peut être rapatriée dans sa province de résidence et qui refuse un traitement médical prescrit par le médecin et approuvé par le Service d'assistance voyage;
- f) pour toute urgence médicale survenue dans un pays, 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, la région ou l'endroit 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;

- 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) si la personne assurée est atteinte d'une maladie et que son espérance de vie est de moins de 12 mois à la date d'achat du voyage;
- k) 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, le parapente et le kitesurf;
  - ii) le parachutisme et la chute libre;
  - iii) le saut à l'élastique (bungee jumping);

- iv) l'escalade et l'alpinisme;
  - v) le ski acrobatique et le ski hors-piste;
  - vi) 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;
  - vii) les sports de combat;
  - viii) les courses et les entraînements de véhicules motorisés;
- l) pour le décès ou les frais qui résultent directement ou indirectement de :
- i) la consommation de drogues, ou
  - ii) la consommation abusive de médicaments ou d'alcool.

La consommation abusive de médicament est celle qui dépasse la posologie recommandée. La consommation d'alcool est considérée abusive si le taux d'alcool dans le sang dépasse celui permis par le Code criminel du Canada.

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

8) Exclusions additionnelles applicables à l'assurance annulation de voyage

Aucune prestation d'assurance annulation de voyage n'est payable :

- a) si à la date d'achat du voyage ou d'un billet de passager dans tout véhicule de transport public ou à la date du départ, la personne assurée connaissait la raison, incluant une mise en quarantaine, qui l'empêcherait d'entreprendre ou de terminer le voyage projeté;
- b) si la cause invoquée n'empêche pas, hors de tout doute raisonnable, la personne assurée d'entreprendre ou de terminer le voyage projeté;
- c) 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, le parapente et le kitesurf;
  - ii) le parachutisme et la chute libre;
  - iii) le saut à l'élastique (bungee jumping);
  - iv) l'escalade et l'alpinisme;
  - v) le ski acrobatique et le ski hors-piste;

- vi) 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;
  - vii) les sports de combat;
  - viii) les courses et les entraînements de véhicules motorisés;
- d) pour les frais engagés pour une grossesse, une fausse-couche, un accouchement ou leurs complications, lorsque ces frais sont engagés dans les deux mois qui précèdent la date normale prévue pour l'accouchement;
  - e) pour le décès ou les frais engagés qui résultent directement ou indirectement de l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool; l'absorption abusive d'alcool est celle qui résulte en une alcoolémie de 80 milligrammes ou plus d'alcool par 100 millilitres de sang;
  - f) pour tout accident ou maladie survenu lorsque la personne effectuait son voyage à l'aide d'un véhicule commercial et qu'elle voyageait en tant que conducteur, pilote, membre de l'équipage ou passager non payant; la présente exclusion ne s'applique pas si le véhicule était utilisé uniquement comme moyen de transport privé lors de vacances et si ce véhicule était une automobile ou une camionnette (ou un camion) avec une capacité maximale de 1 000 kilogrammes;
  - g) pour le décès ou les frais engagés à la suite de manoeuvres d'entraînement des forces armées ainsi que pour la partie des frais remboursables par une régie ou un organisme gouvernemental consécutivement au décès ou aux frais engagés relativement à tout accident non spécifiquement exclu par le présent article;
  - h) pour tout événement survenu dans un pays, une région ou un endroit pour lesquels le gouvernement du Canada a émis, avant la date de début du voyage, un des avertissements suivants :
    - i) éviter tout voyage non essentiel; ou
    - ii) éviter tout voyage.

La personne assurée qui se trouve dans le pays, la région ou l'endroit 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;

- i) si un voyage est entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou blessée et que la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne résulte en une annulation ou en un retour prématuré ou retardé;

- j) pour la portion d'un voyage remboursée par le fournisseur de services de voyage sous forme de crédits-voyage;
- k) pour toute défaillance d'un fournisseur de services de voyage n'ayant pas de bureau au Canada et ne détenant pas tous les permis et certificats d'exploitation requis par les autorités canadiennes compétentes;
- l) pour les frais engagés pour une excursion, une sortie ou une activité d'un jour ou moins que la personne assurée avait prévu faire pendant le voyage mais qu'elle annule.

Advenant une cause d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé auprès de l'agence de voyage ou du transporteur concerné au plus tard 48 heures après le jour où la cause d'annulation survient, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié, et l'assureur doit en être avisé au même moment. La responsabilité de l'assureur est limitée aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage 48 heures après la date de la cause de l'annulation, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié.

Pour le contrat, l'engagement de l'assureur est limité à 1 000 000 \$ pour toutes les demandes de prestations engagées à la suite de la défaillance d'un même fournisseur de services de voyage, quel qu'il soit, puis à 3 000 000 \$ par année civile pour toutes les demandes de prestations engagées pour l'ensemble des défaillances de fournisseurs de services de voyage.

## **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.

## **FIN DE LA GARANTIE**

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

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

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

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

## **DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE**

Toute demande de prestations autre que pour des médicaments doit être accompagnée des pièces justificatives appropriées et être adressée à l'assureur à chaque période de 120 jours, dans la mesure où le montant de la demande le justifie et avant la fin d'une période de 12 mois consécutifs suivant la date où les frais ont été engagés. De plus, un avis écrit doit être transmis à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent immédiatement la date de tout accident en raison duquel l'adhérent doit soumettre une demande de prestations.

### **REMBOURSEMENT DES FRAIS DE MÉDICAMENTS**

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

### **REMBOURSEMENT SUITE À UNE ANNULATION DE VOYAGE**

Les preuves justificatives suivantes doivent accompagner toute demande de prestations ou parvenir à l'assureur dans les 90 jours qui suivent la demande :

- 1) titres de transport inutilisés;
- 2) reçus officiels pour les frais du voyage de retour (autres que ceux du voyage de retour prévu lors de l'achat du voyage initial);
- 3) reçus pour les arrangements terrestres; les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'un agent de voyage ou d'une compagnie accréditée, contrats dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement;
- 4) document officiel attestant la cause de l'annulation; si l'annulation est due à des raisons médicales, la personne doit fournir un certificat médical rédigé par le médecin traitant de la localité où l'accident ou la maladie se sont produits; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet et préciser les raisons exactes pour lesquelles le voyage a dû être annulé.

## ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

### DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Année civile désigne la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre inclusivement.

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

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

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

### ADHÉSIONS TARDIVES

L'assureur n'exige pas de preuves d'assurabilité pour la présente garantie, même lorsqu'un adhérent soumet une demande d'adhésion, pour lui-même ou pour ses personnes à charge, plus de 31 jours après la date d'admissibilité applicable. Toutefois, dans tous les cas, l'assureur limite le montant des prestations payables ainsi qu'il est indiqué à l'article RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS de la présente garantie.

### OBJET DE LA GARANTIE

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

Pour être admissibles, les soins doivent être :

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

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

## **FRANCHISE**

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

## **POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT**

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

## **FRAIS ADMISSIBLES AU CANADA**

### **SOINS DE PRÉVENTION**

#### **EXAMENS**

- Examen buccal complet, une fois tous les 24 mois
- Examen parodontal complet, une fois tous les 24 mois
- Examen buccal de rappel, selon la fréquence indiquée au TABLEAU DES GARANTIES
- Examen buccal de rappel pour les enfants de moins de 10 ans, une fois tous les 12 mois
- Examen buccal d'aspect particulier, deux fois par année
- Examen buccal d'urgence, deux fois par année

#### **RADIOGRAPHIES**

- Radiographie panoramique, limitée à une série tous les 24 mois
- Radiographies intra-orales et radiographies servant à diagnostiquer un symptôme ou à examiner les progrès dans une série de traitements particuliers

## TESTS ET EXAMENS DE LABORATOIRE

- Cultures/frottis bactériologiques pour la détermination d'agents pathologiques
- Biopsies
- Test cytologique
- Modèles de diagnostic

## SERVICES DE PRÉVENTION

- Polissage, selon la fréquence indiquée au TABLEAU DES GARANTIES
- Application topique de fluorure, pour les enfants âgés de moins de seize ans : selon la fréquence indiquée au TABLEAU DES GARANTIES
- Conseils d'hygiène buccale, limités à une fois tous les 24 mois
- Scellants de puits et fissures, pour les enfants âgés de moins de seize ans
- Meulage interproximal, pour les enfants âgés de moins de seize ans, limité à deux fois par année
- Améloplastie

## SOINS DE BASE, ENDODONTIE ET PARODONTIE

### RESTAURATION

- Amalgame (argent)
- Restaurations en composite
- Tenons de rétention pour restauration en amalgame ou en composite
- Couronnes préfabriquées en acier inoxydable et en polycarbonate, limitées à une fois par période de 12 mois
- Carie / trauma / contrôle de la douleur, acte distinct d'une restauration

### ENDODONTIE

- Traitement d'une maladie de la chambre pulpaire et des canaux dentaires (traitement de canal)

### PARODONTIE

- Urgence parodontale
- Traitements parodontaux d'appoint

- Curetage dispensé par un dentiste, une fois par période de 12 mois pour une même dent
- Détartrage à des fins thérapeutiques, limité à 12 unités de temps par année civile
- Appareil parodontal pour contrôler uniquement le bruxisme, limité à une fois par période de 24 mois

## CHIRURGIE BUCCALE

- Extractions - sans complications et complexes
- Ablation de racines résiduelles
- Exposition chirurgicale des dents, déplacement chirurgical d'une dent et énucléation
- Actes chirurgicaux divers

## SOINS DE RESTAURATION MAJEURE

### PROTHÈSES

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

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

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

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

## PROTHÈSES AMOVIBLES

- Prothèses complètes
- Prothèses partielles
- Ajustements, réparations, rebasage, regarnissage

## PROTHÈSES FIXES (PONTS)

- Piliers et pontiques

## AUTRES RESTAURATIONS SIMPLES

- Recouvrements, facettes, incrustations et couronnes
  - a) pour une dent qui est fracturée en raison de caries ou d'une blessure traumatique et qui ne peut être traitée au moyen d'une obturation en amalgame ou en composite;
  - b) les couronnes de transition sont considérées comme faisant partie de la restauration finale;
  - c) les frais de remplacement de facette, incrustation, recouvrement et couronne en place sont couverts si ceux-ci datent d'au moins cinq ans;
  - d) ne sont remboursables que les couronnes en métal sur les molaires
- Pivots préfabriqués

## SOINS ORTHODONTIQUES

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

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

## **FRAIS ADMISSIBLES HORS DU CANADA**

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

## **RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS**

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

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

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

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

- 1) les soins dentaires reçus à des fins esthétiques lorsque la forme et la fonction des dents sont satisfaisantes et qu'aucun état pathologique n'existe;
- 2) les frais engagés relativement à l'analyse de la diète et aux recommandations;
- 3) les frais engagés pour des soins, des fournitures dentaires, y compris les radiographies, visant la reconstruction de la bouche entière, la correction de l'espace vertical, la correction du dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire, ou pour un jumelage permanent des dents;
- 4) les frais imposés par un dentiste pour les rendez-vous auxquels la personne assurée néglige de se présenter et les frais engagés pour faire remplir des demandes de remboursement ou pour les consultations par téléphone;
- 5) les frais engagés pour des cultures/frottis bactériologiques suivis d'un traitement par Chlorzoïn;

- 6) les frais engagés pour des implants;
- 7) les frais engagés pour des duplicatas de modèles de diagnostic (non montés);
- 8) les frais engagés pour des anesthésies par acupuncture;
- 9) les soins dentaires qui ne sont pas encore approuvés par l'Association dentaire canadienne ou qui sont dispensés à des fins expérimentales seulement;
- 10) les services, soins ou produits dentaires que la personne a reçus gratuitement ou qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer;
- 11) les services, les soins ou les produits fournis à l'adhérent par l'employeur;
- 12) tout traitement reçu en dehors du Canada, sauf les soins d'urgence prévus dans la disposition relative aux FRAIS ADMISSIBLES HORS DU CANADA;
- 13) les services et fournitures dentaires non inclus dans la liste des frais admissibles;
- 14) les frais admissibles qui découlent directement ou indirectement :
  - a) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel;
  - b) de toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable ou de tout autre régime public;
  - c) d'une guerre, déclarée ou non, du service actif dans les forces armées d'un pays, ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire, sauf s'il agit dans l'exercice de ses fonctions ou en application de la loi (agent de sécurité par exemple).

#### EXCLUSIONS AFFÉRENTES AUX PROTHÈSES ET AUX COURONNES

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

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

## **EXCLUSIONS AFFÉRENTES AUX TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES**

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

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

## **COORDINATION DES PRESTATIONS**

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

## **ÉVALUATION PRÉALABLE DES PRESTATIONS**

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

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

## **FIN DE LA GARANTIE**

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

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

## **DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE**

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

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

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

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

## **REMBOURSEMENT DES FRAIS AFFÉRENTS AUX SOINS ORTHODONTIQUES**

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

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

## **COMPTE DE DÉPENSES DE FRAIS DE SANTÉ (CDFS)**

### **DESCRIPTION DU CDFS**

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

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

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

### **ADMISSIBILITÉ**

Les employés admissibles sont les employés qui sont assurés en vertu du contrat d'assurance collective et ils doivent conserver les assurance accident-maladie ou assurance frais dentaires pour être admissible au CDFS.

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

En plus du conjoint et des enfants, les personnes à charge admissibles comprennent toute autre personne pour laquelle l'employé ou le conjoint de l'employé réclame un crédit d'impôt pour frais médicaux conformément aux directives établies par l'ARC. Ceci inclut tout parent par le sang (le père, la mère, un des grands-parents, un frère, une soeur, etc.) de l'employé ou du conjoint de l'employé qui est résident du Canada à un moment donné de l'année et qui est à la charge de l'employé ou du conjoint de l'employé pour sa subsistance à cause d'une infirmité mentale ou physique. Pour réclamer un remboursement pour les personnes à charge admissibles en vertu du CDFS de l'employé, il n'est pas obligatoire pour les personnes à charge d'être assurées en vertu du régime d'assurance collective de l'employé.

### **CRÉDITS CDFS**

Chaque année, l'employeur versera au CDFS de l'employé le montant qui figure au TABLEAU DES GARANTIES sous Montant de crédit alloué.

## **Report de crédit**

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

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

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

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

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

## **CDFS – FRAIS ADMISSIBLES**

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

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

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

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

## **DEMANDES DE REMBOURSEMENT**

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

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

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

## **ORDRE DE SOUMISSION DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT ET COORDINATION DES PRESTATIONS**

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

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

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

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

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

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

## **RÉSILIATION DE LA PROTECTION**

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

Les crédits sont conservés pendant toute période d'interruption d'emploi seulement si les garanties assurance accident-maladie ou assurance frais dentaires sont maintenues. Si aucune de ces garanties n'est maintenue, les crédits sont réactivés lors du retour au travail. Le solde non utilisé avant l'interruption d'emploi est réactivé si le retour au travail a lieu durant la même année de régime. Si le retour au travail a lieu au cours d'une année de régime subséquente, les crédits seront traités conformément aux règles de report de crédits.

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

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

### **CESSATION D'EMPLOI**

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

### **Réembauche**

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

### **RETRAITE**

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

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

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

## **STATUT FISCAL**

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

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

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

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

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

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

## 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.desjardinsassurancevie.com](http://www.desjardinsassurancevie.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.

## COMMENT DÉPOSER UNE PLAINTE

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'Officier du règlement des différends de Desjardins Sécurité financière. Le rôle de cet officier 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'Officier du règlement des différends de trois façons :

**Par écrit, à l'adresse suivante :**

Officier du règlement des différends  
Desjardins Sécurité financière,  
200, rue des Commandeurs  
Lévis (Québec) G6V 6R2

**Par courriel à : [officierplaintes@dsf.ca](mailto:officierplaintes@dsf.ca)**

**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 le site de Desjardins Sécurité financière à [www.desjardinsassurancevie.com](http://www.desjardinsassurancevie.com) sous l'onglet « Nous joindre ».

## 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](http://desjardinsassurancevie.com)**

— Fiers de soutenir la —



**Société  
canadienne  
du cancer**

[cestmavie.cancer.ca](http://cestmavie.cancer.ca)

Fier allié de



[fondsdesdecouvertes.ca](http://fondsdesdecouvertes.ca)



**Desjardins**

**Assurances**

**Vie • Santé • Retraite**

Desjardins Assurances désigne Desjardins  
Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.  
200, rue des Commandeurs  
Lévis (Québec) G6V 6R2 / 1 866 647-5013

<sup>MC</sup> L'icône du cœur et de la / seule et l'icône du cœur et de la / suivie d'une autre icône ou de mots sont des marques de commerce de la **Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada** utilisées sous licence.