



360° MC | ASSURANCE
COLLECTIVE

Votre régime d'assurance collective



Police n° 888142

Syndiqués de Chicoutimi et Québec

Fière partenaire de



FONDATION MC
DES MALADIES
DU COEUR
ET DE L'AVC



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

Votre régime d'assurance collective

VIDÉOTRON S.E.N.C.

Police n° 888142

Syndiqués de Chicoutimi et Québec

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de votre police d'assurance collective qui a pris effet le 1^{er} février 2013. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

Cette version électronique de la brochure a été mise à jour le 1^{er} février 2013. Veuillez prendre note que cette version électronique est mise à jour plus régulièrement que la version imprimée de votre brochure. Des divergences peuvent donc apparaître entre les deux documents.

TABLE DES MATIÈRES

CATÉGORIES	1
TABLEAU DES GARANTIES	2
DÉFINITIONS	9
ADMISSIBILITÉ	13
PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE ET EXONÉRATION DES PRIMES	14
CESSATION DE L'ASSURANCE	17
DEMANDES DE PRESTATIONS	18
ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT	21
ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE	25
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT	27
ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE	33
ASSURANCE FRAIS DENTAIRE	52

CATÉGORIES

Catégorie

Description de la catégorie

103	Vidéotron S.E.N.C. – Syndiqués de Chicoutimi
203	Vidéotron S.E.N.C. – Syndiqués de Québec
303	Vidéotron S.E.N.C. – Syndiqués de Québec et Chicoutimi (moins de 21 heures par semaine)

TABLEAU DES GARANTIES

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Adhésion : Obligatoire

Conditions d'admissibilité

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

Catégories 103 et 203 :

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

Catégorie 303 : moins de 21 heures par semaine

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 de base de l'adhérent;
- assurance vie de base des personnes à charge;
- assurance salaire de longue durée de l'adhérent;
- assurance accident-maladie;
- assurance frais dentaires.

Début de l'exonération :

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

Catégorie 303 : Après 119 jours d'invalidité totale.

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

Montant de l'assurance : **Pour les adhérents sans personne à charge :**

* 1,5 fois le revenu annuel, arrondi au prochain multiple de 1 000 \$, s'il n'en est pas déjà un, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 297 000 \$.

Pour les adhérents avec personnes à charge :

* 3 fois le revenu annuel, arrondi au prochain multiple de 1 000 \$, s'il n'en est pas déjà un, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 297 000 \$.

Maximum sans preuves d'assurabilité :

1 000 000 \$

*** Réduction du montant :**

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

Fin de la garantie :

Âge limite :

À la retraite de l'adhérent.

ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE

Montant de l'assurance :

Conjoint : 5 000 \$

Chaque enfant : 2 000 \$

Début de l'assurance du nouveau-né :

Dès la naissance

Fin de la garantie :

Âge limite :

À la retraite de l'adhérent.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT

CATÉGORIES 103 ET 203 SEULEMENT

Pourcentage et maximum des prestations :

75 % du revenu mensuel, arrondi au prochain multiple de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un, jusqu'à concurrence de 12 000 \$.

Délai de carence :

119 jours

Période maximale des prestations :

Jusqu'au 1^{er} jour du mois qui suit le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent.

Imposition des prestations :

Imposables

Cessation du versement des prestations

Âge limite :

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

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE

Montant de la franchise

Médicaments :	25 \$ par personne assurée, jusqu'à concurrence d'un maximum de 25 \$ par famille, par année civile.
Frais d'hospitalisation :	Aucune
Assurance voyage :	Aucune
Lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie :	Aucune
Pour tous les autres frais :	Franchise combinée avec les frais de médicaments.

Pourcentage de remboursement

Médicaments :	100 %
Frais d'hospitalisation :	100 %
Malade dirigé :	100 %
Assurance voyage :	100 %
Chaussures orthopédiques :	75 %
Chaussures profondes :	100 %
Lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie :	100 %
Pour tous les autres frais :	100 %

**Limite des frais
admissibles**

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

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

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

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

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

**Malade dirigé et
Assurance voyage :**

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

Soins infirmiers :

Illimité

Services paramédicaux :

Montant payable de 20 \$ par visite, jusqu'à concurrence de 30 visites par année civile, par personne assurée pour les catégories de spécialistes suivantes :

- chiropraticien
- diététiste
- naturopathe
- ostéopathe
- podiatre, podologue, pédicure ou infirmière en soins de pieds*
- psychologue
- psychiatre

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

**Services paramédicaux :
(suite)**

Les services des spécialistes suivants sont également couverts sur présentation d'une recommandation médicale :

- audiologiste, thérapeute de l'ouïe ou audiométriste
- ergothérapeute
- massothérapeute, orthothérapeute ou kinésithérapeute
- orthophoniste ou thérapeute de la parole
- physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique (la recommandation médicale n'est pas requise)

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

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

**Orthèse podiatrique ou
support plantaire :**

Illimité

Prothèse auditive :

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

**Lunettes et lentilles
cornéennes :**

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

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

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

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

Fin de la garantie

Âge limite :

La date de la retraite.

ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

**Année du guide des
tarifs dentaires :**

Année courante

Montant de la franchise :

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

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

**Pourcentage de
remboursement**

Soins de prévention :

100 %

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

100 %

**Soins de restauration
majeure :**

75 %

Soins orthodontiques :

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

**Montant maximum
payable**

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

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

Oui

Fin de la garantie

Âge limite :

La date de la retraite.

DÉFINITIONS

Dans le cadre du contrat :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 3) vit conjugalement avec l'adhérent, a eu un enfant avec lui et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union.

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

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

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

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

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

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

Employeur désigne toute société inscrite sur la proposition du preneur afférente au contrat ou indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

Enfant à charge désigne l'enfant qui :

- 1) a moins de 18 ans et à l'égard duquel l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exerce une autorité parentale ou exerçait une autorité parentale jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de la majorité;
- 2) n'a pas de conjoint, a moins de 26 ans, fréquente, ou est réputé fréquenter, à temps plein, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard duquel l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exercerait l'autorité parentale s'il était mineur;

- 3) est majeur, sans conjoint et atteint d'une déficience fonctionnelle qui est survenue lorsque l'état de cette personne correspondait à l'une ou l'autre des définitions données dans les paragraphes 1) ou 2) ci-dessus. De plus, pour être considérée comme une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, la personne doit être domiciliée chez une personne qui, en plus d'être assurée à titre d'adhérent ou de conjoint d'un adhérent, exercerait l'autorité parentale sur la personne déficiente si elle était mineure.

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

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

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

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

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

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

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

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

Revenu désigne

- 1) pour les salariés réguliers : la rémunération normale de base que le preneur verse à l'adhérent, à l'exclusion de toute rémunération pour les heures supplémentaires régulières, de toute gratification ou de toute prime de poste comme le preneur l'a déclarée à l'assureur. Toutefois, dans le cas d'un adhérent payé en partie ou en totalité sur une base de commissions, le revenu ne peut être supérieur au revenu moyen effectivement versé à l'adhérent durant les 20 dernières semaines ou depuis sa date d'entrée en service, s'il n'a pas complété 20 semaines de travail.
- 2) pour les salariés syndiqués à temps partiel : la rémunération versée par le preneur à l'adhérent. Celle-ci est évaluée une fois par année, soit le 1^{er} janvier de chaque année.

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

ADMISSIBILITÉ

ADMISSIBILITÉ DES EMPLOYÉS

Un employé devient admissible à l'assurance :

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

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.

ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

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

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

DEMANDE D'ADHÉSION

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

PREUVES D'ASSURABILITÉ

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

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

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE DES ADHÉRENTS

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

- 1) la date de prise d'effet du contrat;
- 2) la date à laquelle il devient admissible à l'assurance, pourvu que l'assureur reçoive les renseignements dans les 60 jours suivant la date d'admissibilité;
- 3) la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité de l'employé s'il reçoit les renseignements plus de 60 jours après la date d'admissibilité, sauf dans le cas de la garantie d'assurance accident-maladie, qui prend effet à la date à laquelle l'employé signe sa demande écrite.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EXONÉRATION DES PRIMES

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

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

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

CESSATION DE L'ASSURANCE

CESSATION DE L'ASSURANCE DES ADHÉRENTS

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

- 1) la date à laquelle il n'est plus considéré être un employé conformément à la définition en vertu du contrat;
- 2) la date à laquelle il cesse de faire partie d'une catégorie d'employés admissibles à l'assurance;
- 3) la date à laquelle il atteint l'âge limite indiqué au TABLEAU DES GARANTIES;
- 4) la fin de la période pendant laquelle les primes requises ont été versées en son nom;
- 5) la date à laquelle il cesse d'être effectivement au travail;
- 6) la date de résiliation du contrat.

CESSATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

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

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

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

PROLONGATION DE L'ASSURANCE

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

DEMANDES DE PRESTATIONS

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

L'assureur doit recevoir une déclaration et des preuves de sinistre dans le délai prévu, s'il en est, pour chaque garantie. Advenant la résiliation du contrat, l'assureur n'effectuera aucun versement de prestations à moins que la déclaration et les preuves des pertes subies ne lui soient soumises dans les 120 jours suivant la date de résiliation du contrat, à l'exception des garanties d'assurance accident-maladie et frais dentaires pour lesquelles ce délai est de trois mois.

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

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

BÉNÉFICIAIRE

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

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

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

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

RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

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

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

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

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

EXAMENS MÉDICAUX

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

COORDINATION DES PRESTATIONS

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

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

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

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

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

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

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

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

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

- 1) la plupart des fonctions de son travail régulier durant le délai de carence prévu dans la garantie d'assurance salaire de longue durée et durant les 36 mois qui suivent immédiatement ce délai, sans égard à la disponibilité de ce travail; et
- 2) par la suite, toute fonction ou tout emploi rémunéré pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de sa formation, de son instruction et de son expérience.

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

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

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

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

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

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

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

PREUVES D'ASSURABILITÉ

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

OBJET DE LA GARANTIE

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

FIN DE LA GARANTIE

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

DROIT DE TRANSFORMATION

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

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

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

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

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

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

- 6) le montant d'assurance de la police individuelle doit correspondre au montant d'assurance total que l'adhérent peut transformer, même s'il est inférieur au montant d'assurance minimal qui s'applique normalement à l'assurance choisie;
- 7) la police individuelle ne prend pas effet avant la fin de la période de 31 jours qui suit immédiatement la date de cessation de l'assurance de l'adhérent en vertu de la présente garantie.

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

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

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

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

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

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

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

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

ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE

OBJET DE LA GARANTIE

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

DÉBUT DE L'ASSURANCE DU NOUVEAU-NÉ

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

FIN DE LA GARANTIE

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

DROIT DE TRANSFORMATION DU CONJOINT

Si la garantie d'assurance vie de base des personnes à charge couvrant un conjoint pour un montant minimum de 5 000 \$ prend fin et si ce conjoint est âgé de 65 ans ou moins, l'adhérent, ou le conjoint advenant le décès de l'adhérent, peut transformer, sans preuves d'assurabilité, l'assurance vie de base des personnes à charge applicable au conjoint en une police d'assurance individuelle, sous réserve des conditions suivantes :

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

- 4) l'assureur détermine la prime de la police individuelle en fonction du taux applicable, à la date de prise d'effet de cette police individuelle, à l'assurance et au montant d'assurance de la police établie, selon l'âge du conjoint à l'anniversaire de naissance le plus proche et la catégorie de risque à laquelle il appartient;
- 5) le montant d'assurance de la police individuelle doit correspondre au montant d'assurance total que le conjoint peut transformer, même s'il est inférieur au montant d'assurance minimal qui s'applique normalement à l'assurance choisie;
- 6) la police individuelle ne prend pas effet avant la fin de la période de 31 jours qui suit immédiatement la date de cessation de l'assurance du conjoint en vertu de la présente garantie.

DROIT DU CONJOINT APRÈS LA CESSATION DE L'ASSURANCE

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

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

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

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

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

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

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.

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

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

- 1) la plupart des fonctions de son travail régulier durant le délai de carence prévu dans la garantie d'assurance salaire de longue durée et durant les 36 mois qui suivent immédiatement ce délai, sans égard à la disponibilité de ce travail; et
- 2) par la suite, toute fonction ou tout emploi rémunéré pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de sa formation, de son instruction et de son expérience.

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

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

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

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

OBJET DE LA GARANTIE

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

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

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

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

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

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

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

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

RÉDUCTION DES PRESTATIONS MENSUELLES

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

- 1) du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, à l'exception des prestations pour les personnes à charge;
- 2) de la loi provinciale sur l'assurance automobile;
- 3) de tout autre organisme gouvernemental, à l'exception de la Loi sur les accidents du travail;
- 4) de tout autre régime auquel l'employeur souscrit.

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

RESTRICTIONS

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

- 1) durant laquelle l'adhérent ne reçoit pas des soins médicaux continus en raison de la maladie ou des dommages corporels causant l'invalidité totale;
- 2) durant laquelle l'adhérent prend la portion « congé volontaire » d'un congé de maternité, tel que décrit à la section DÉFINITIONS, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- 3) durant un congé parental ou familial pris par un adhérent conformément aux dispositions de la loi provinciale ou fédérale applicable, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- 4) pendant toute période d'arrêt de travail par suite d'une grève, d'un lock-out, d'une mise à pied ou d'un congé autorisé, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période, sauf si la présente garantie est maintenue durant l'absence, tel qu'indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.
- 5) durant l'emprisonnement de l'adhérent par suite d'une condamnation pour infraction;
- 6) lorsque l'adhérent séjourne à l'extérieur du Canada pendant une période de plus de 3 mois pour quelque raison que ce soit, à moins que l'assureur ne convienne d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période.

EXCLUSIONS

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

- 1) une blessure subie lors d'une guerre, déclarée ou non, toutefois, la personne assurée qui doit entreprendre un voyage à des fins professionnelles dans le cadre des fonctions liées à son emploi n'est pas visée par la présente exclusion;
- 2) le service actif de l'adhérent dans les forces armées d'un pays, sa participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
- 3) des dommages corporels que l'adhérent s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- 4) toute cessation de travail à temps plein pour recevoir des soins qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qui sont donnés dans un but esthétique;
- 5) une infraction ou tentative d'infraction au Code criminel;
- 6) toute maladie industrielle ou tout accident de travail qui donne droit à des prestations en vertu de la Loi sur les accidents du travail.

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ TOTALE

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

- 1) un mois de travail à temps plein durant le délai de carence; ou
- 2) trois mois consécutifs de travail à temps plein suivant immédiatement une période d'invalidité totale qui a donné lieu au versement de prestations en vertu de la présente garantie.

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

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

PROGRAMME DE RÉADAPTATION

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

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

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

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

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

CESSATION DES VERSEMENTS

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

- 1) la date à laquelle est écoulée la période maximale de versement des prestations indiquée au TABLEAU DES GARANTIES pour toute période d'invalidité totale;
- 2) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
- 3) la date à laquelle l'adhérent refuse de participer à un programme de gestion de l'invalidité ou de s'adonner à une activité de réadaptation que l'assureur juge appropriée;
- 4) le premier jour du mois qui suit ou qui coïncide avec la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge indiqué au TABLEAU DES GARANTIES;
- 5) la date à laquelle l'adhérent est considéré à la retraite aux termes du régime de rentes de l'employeur;

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

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

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

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

L'adhérent doit présenter à l'assureur la déclaration écrite initiale de sinistre et la preuve écrite initiale dans les 90 jours suivant l'expiration du délai de carence.

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

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

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

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

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

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

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

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.

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

- 1) la plupart des fonctions de son travail régulier durant le délai de carence prévu dans la garantie d'assurance salaire de longue durée et durant les 36 mois qui suivent immédiatement ce délai, sans égard à la disponibilité de ce travail; et
- 2) par la suite, toute fonction ou tout emploi rémunéré pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de sa formation, de son instruction et de son expérience.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OBJET DE LA GARANTIE

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

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

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

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

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

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

FRANCHISE

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

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

POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT

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

FRAIS ADMISSIBLES AU CANADA – ACCIDENT-MALADIE

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

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

FRAIS D'HOSPITALISATION

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

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

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

Salle d'opération et produits anesthésiques

Transfusion de plasma ou de sang

MÉDICAMENTS

Les médicaments et produits suivants prescrits par un médecin ou un chirurgien-dentiste et vendus par un pharmacien licencié ou un médecin dans une localité où il n'y a pas de pharmacien licencié et qui sont pris à une fréquence n'excédant pas celle prévue à la posologie :

- 1) Les sérums ou injections administrés par un médecin ou une infirmière licenciée, sauf ceux pour une cure d'amaigrissement;
- 2) Les contraceptifs oraux;
- 3) Les médicaments figurant à l'édition courante du Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques;
- 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, à raison d'un maximum payable de 20 \$ par visite, par personne assurée.
- 5) Les produits anesthésiants administrés lors d'une intervention qui n'a pas lieu dans un hôpital, jusqu'à concurrence d'un maximum payable de 25 \$ par visite, par personne assurée.
- 6) Les produits antitabac, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 665 \$ par année civile, par personne assurée.
- 7) Les médicaments pour le traitement de l'infertilité couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments.
- 8) Les médicaments injectables et les micro-suppositoires prescrits pour le traitement des dysfonctions sexuelles.
- 9) Les produits et médicaments nécessaires au traitement de l'obésité qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance médicale.

MÉDICAMENTS EXIGEANT UNE AUTORISATION PRÉALABLE

L'autorisation préalable de l'assureur est exigée pour certains médicaments. Il s'agit de confirmer, grâce à la collecte des informations médicales nécessaires, que les médicaments prescrits sont utilisés dans les conditions pour lesquelles ils ont été conçus et qu'ils répondent aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur.

Un formulaire d'autorisation préalable doit être rempli par le médecin et la personne assurée et soumis à l'assureur avant ou après que les médicaments soient achetés.

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

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

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

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

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

AMBULANCE

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

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

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

AIDE À LA MOBILITÉ

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

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

FOURNITURES ORTHOPÉDIQUES

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

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

Lit d'hôpital conventionnel : achat ou location, à la discrétion de l'assureur. Un lit électrique peut être couvert de façon temporaire, si la condition médicale le justifie pour des fins thérapeutiques.

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

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

ORTHÈSES ET PROTHÈSES

Les frais qui sont engagés pour des prothèses ou des orthèses ne sont admissibles que dans les cas où ces articles sont fabriqués (et sont facturés, dans le cas des orthèses orthopédiques et supports plantaires) par des laboratoires détenant un permis en vertu d'une loi sur la protection de la santé publique.

Orthèse podiatrique ou support plantaire : achat, jusqu'à concurrence du montant indiqué au TABLEAU DES GARANTIES. Les frais du présent paragraphe sont également admissibles s'ils sont prescrits par un podiatre.

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

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

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

ÉQUIPEMENTS THÉRAPEUTIQUES

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

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

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

Orthèse dentaire ou CPAP (concentrateur et cylindres seulement, installation et titration exclues) pour le traitement de l'apnée du sommeil : achat, jusqu'à concurrence d'un appareil par personne assurée pour toute période de cinq années consécutives.

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

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

FOURNITURES MÉDICALES

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

Bas de contention : achat, à condition qu'ils soient de compression moyenne ou forte (plus de 20mm/Hg) et fournis dans une pharmacie ou dans un établissement médical, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 120 \$ par année civile, par personne assurée.

Stérilet : achat.

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

Cathéter : achat.

Fournitures médicales servant au gavage : achat.

Fournitures médicales nécessaires suite à une trachéotomie : achat.

Vêtements compressifs pour brûlés : achat.

Pansements médicamenteux : achat.

SERVICES DIAGNOSTIQUES

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

SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT

Les services d'un dentiste requis pour la réparation et le remplacement de dents saines par suite d'un coup accidentel reçu sur la bouche pendant que la personne est couverte en vertu de la présente garantie ou d'une garantie comparable en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de la présente garantie, et non en raison de l'introduction volontaire ou involontaire d'une substance alimentaire ou d'un objet dans sa bouche. Ces soins dentaires doivent être rendus dans les 12 mois suivant la date de l'accident.

TRAITEMENTS

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

LUNETTES, LENTILLES ET CHIRURGIE

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 pour corriger la myopie, l'hypermétropie ou l'astigmatisme, jusqu'à concurrence du montant payable indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

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

LE SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ

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

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

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

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

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

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

Provenance de l'appel**Numéro à composer**

Partout au Canada

1 877 875-2632

FRAIS ADMISSIBLES – MALADE DIRIGÉ

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

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

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

FRAIS ADMISSIBLES – ASSURANCE VOYAGE

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

- 1) la personne assurée doit être couverte en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;
- 2) les frais doivent être couverts en vertu de la garantie d'assurance accident-maladie; et

- 3) les frais doivent être reliés à un état de santé stable avant la date de début du voyage.

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

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

- Médicaments;
- Professionnels de la santé;
- Fournitures médicales;
- Ambulance;
- Soins dentaires à la suite d'un accident;
- Lunettes, lentilles et chirurgie.

1) Frais médicaux admissibles :

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

2) Frais admissibles de transport :

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

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

- 3) Frais admissibles de subsistance : le coût des repas et de l'hébergement de la personne assurée qui doit reporter son retour en raison d'une maladie ou d'une blessure corporelle qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, de même que les frais additionnels de garde des enfants qui ne l'accompagnent pas; ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour par adhérent, pendant un maximum de 10 jours; la maladie ou la blessure doit être constatée par un médecin.
- 4) Frais admissibles d'appels interurbains : les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la famille immédiate si la personne assurée est hospitalisée, pourvu qu'aucun frais de transport pour visiter la personne assurée, tel que prévu à la section d) ci-dessus ne soient remboursés et que cette dernière ne soit pas accompagnée par un membre de sa famille immédiate âgé de 18 ans ou plus, jusqu'à concurrence de 50 \$ par jour et d'un maximum global de 200 \$ par période d'hospitalisation.
- 5) Décisions médicales : lorsqu'un médecin ou un autre professionnel de la santé, à l'emploi de Voyage Assistance, lié par contrat à Voyage Assistance ou désigné par ce dernier prend des décisions quant à la nécessité de fournir les services couverts tels qu'ils sont décrits ci-dessus, il s'agit alors de décisions médicales fondées sur des facteurs médicaux qui sont décisives lorsqu'il s'agit de déterminer la nécessité d'offrir ces services.
- 6) Le service Voyage Assistance

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

- a) assistance téléphonique sans frais, 24 heures sur 24;
- b) orientation vers des médecins ou des établissements de santé;
- c) aide pour l'admission à l'hôpital;
- d) avances de fonds à l'hôpital lorsqu'elles sont exigées par l'établissement concerné;
- e) rapatriement de la personne assurée dans sa ville de résidence, dès que son état de santé le permet;
- f) établissement et maintien des contacts avec l'assureur;
- g) règlement des formalités en cas de décès;
- h) rapatriement des enfants de la personne assurée si elle est immobilisée;
- i) envoi d'aide médicale et de médicaments si une personne assurée se trouve trop loin des établissements de santé pour y être transportée;

- j) arrangements nécessaires pour faire venir un membre de la famille immédiate si la personne assurée doit séjourner à l'hôpital au moins sept jours et si le médecin prescrit une telle visite;
- k) en cas de perte ou de vol de papiers d'identité, aide pour se procurer des papiers temporaires afin de poursuivre le voyage;
- l) orientation vers des avocats si des problèmes juridiques surviennent;
- m) service d'interprète lors d'appels d'urgence;
- n) transmission de messages aux proches de la personne assurée en cas d'urgence;
- o) avant le départ, information sur les passeports, les visas et les vaccins requis dans le pays de destination.

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

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

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

- 1) Les prestations sont limitées aux montants indiqués au TABLEAU DES GARANTIES ou dans la garantie.
- 2) Aucun remboursement n'est effectué en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :
 - a) les services ou les soins qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer en totalité ou en partie, sauf dans la mesure où il permet un remboursement excédentaire;
 - b) les services, les soins ou les produits que la personne reçoit gratuitement ou qui sont remboursables en vertu d'une loi provinciale ou fédérale, étant entendu que pour une personne qui n'est pas couverte par les lois en question, l'assureur ne rembourse pas les frais qui auraient normalement été couverts par les lois sur l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée;

- c) les services, les soins ou les produits administrés à des fins expérimentales;
- d) les frais engagés pour des prothèses implantées chirurgicalement, 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 lits électriques, sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;
- h) les appareils de contrôle tels les stéthoscopes, les sphygmomanomètres ou les autres appareils de même nature ainsi que les accessoires domestiques tels les purificateurs, les humidificateurs, les climatiseurs, les baignoires à remous ou autres appareils de même nature;
- i) les équipements de type «Obus Forme»;
- j) les cours, programmes d'exercices, programmes de conditionnement physique sur appareil ou au sol, bains flottants, bains de boue, bains thérapeutiques, exercices de relaxation, exercices en gymnase, séances d'étirement et renforcement, évaluations posturales et bougies auriculaires;
- k) les couches pour incontinence;
- l) les soins dentaires, sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;
- m) les actes dentaires et les fournitures ayant pour but la restauration de la bouche au complet ainsi que la correction de la dimension verticale ou de toute dysfonction temporo-mandibulaire;
- n) les voyages de santé ou les voyages effectués pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- o) les services, les soins ou les produits non inclus dans la liste des frais admissibles;
- p) les frais admissibles qui découlent directement ou indirectement :
 - i) de dommages corporels que l'assuré s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
 - ii) de soins esthétiques;
 - iii) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel;

- iv) de toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute loi semblable ou en vertu de tout autre régime public;
 - v) d'une guerre, déclarée ou non; toutefois, la personne assurée qui doit entreprendre un voyage à des fins professionnelles dans le cadre des fonctions liées à son emploi n'est pas visée par la présente exclusion;
 - vi) 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;
 - vii) du fait pour l'adhérent d'avoir conduit un véhicule motorisé alors qu'il était sous l'influence de stupéfiants ou que la concentration d'alcool dans son sang excédait la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada; les frais admissibles engagés pour une cure de désintoxication et les frais engagés pour l'achat de médicaments que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments couvrirait ne sont pas visés par la présente;
 - q) les frais engagés pour une cure de désintoxication;
 - r) les frais engagés pour le traitement de l'infertilité qui ne sont pas couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec;
 - s) les examens de la vue, ou pour la vérification de la réfraction oculaire;
 - t) les lunettes de soleil, les lunettes protectrices ou les lunettes opaques;
 - u) les frais engagés pour des tests génétiques.
- 3) Exclusions applicables aux médicaments

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

- a) les produits anticonceptionnels (gelées et mousses contraceptives et prophylactiques), sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;
- b) les produits suivants, qu'ils soient considérés ou non comme des médicaments :
 - i) les produits pour la pousse des cheveux;
 - ii) les produits pour soins esthétiques;

- iii) les cosmétiques;
 - iv) les écrans solaires;
 - v) les eaux minérales;
- c) 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;
 - d) les vaccins préventifs.
 - e) 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;

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

- 4) Exclusion applicable aux médicaments exigeant une autorisation préalable
Aucun remboursement n'est effectué en vertu de la présente garantie pour les médicaments qui ne répondent pas aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur à la date à laquelle les frais sont engagés.
- 5) Restrictions applicables aux médicaments
La quantité des médicaments ou produits achetés ne doit pas dépasser une provision de 60 jours; cette restriction est de 100 jours pour les médicaments d'entretien.
- 6) Exclusions et limitations applicables à l'assurance voyage
La personne assurée doit communiquer immédiatement avec Voyage Assistance lorsqu'elle doit avoir recours à des services médicaux d'urgence qui nécessitent une hospitalisation à l'étranger, sans quoi le remboursement d'une partie des frais engagés admissibles pourrait être réduit ou refusé par l'assureur. Il est aussi entendu que l'assureur n'est pas responsable de la disponibilité ou de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés.

Les exclusions s'appliquant à l'assurance accident-maladie s'appliquent également à la partie assurance voyage de la présente garantie. De plus, l'assureur ne verse aucune des sommes prévues à la partie assurance voyage dans les cas suivants :
 - a) si la personne assurée n'est pas couverte en vertu de régimes d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;

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

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

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

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

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

COORDINATION DES PRESTATIONS

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

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.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

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

Toute autre demande de prestations doit être accompagnée des pièces justificatives appropriées et être adressée à l'assureur avant la fin d'une période de 15 mois consécutifs suivant la date où les frais ont été engagés. De plus, un avis écrit doit être transmis à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent immédiatement la date de tout accident en raison duquel l'adhérent doit soumettre une demande de prestations. Toutefois, si l'assurance d'un adhérent est résiliée, y compris la résiliation de la garantie ou du contrat, toutes les demandes doivent être reçues au plus tard trois mois après la date de résiliation. Toute demande reçue après ces dates sera refusée.

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

ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

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

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

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

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

Guide des tarifs désigne

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

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

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

ADHÉSIONS TARDIVES

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

OBJET DE LA GARANTIE

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

Pour être admissibles, les soins doivent être :

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

FRAIS

- 1) Frais engagés

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

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

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

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

- 2) Frais couverts

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

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

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

DÉBUT DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

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

FRANCHISE

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

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

POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT

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

FRAIS ADMISSIBLES AU CANADA

SOINS DE PRÉVENTION

EXAMEN BUCCAL CLINIQUE

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

CONSULTATION

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

TESTS ET EXAMENS DE LABORATOIRE

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

RADIOGRAPHIES

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

SERVICES DE PRÉVENTION

- Scellants pour les enfants de moins de 18 ans

Une fois tous les six mois pour :

- Polissage de la partie coronaire des dents
- Application topique de fluorure
- Instructions d'hygiène buccale
- Programme de contrôle de la plaque dentaire
- Prévention de la carie
- Appareils de maintien (sauf pour orthodontie)

SOINS DE BASE, ENDODONTIE ET PARODONTIE

TRAITEMENT D'URGENCE ET RESTAURATION

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

ENDODONTIE

- Coiffage de pulpe
- Pulpotomie
- Traitement de canal
- Apexification
- Traitement périapicaux
- Amputation de racine
- Traitements endodontiques spéciaux
- Hémisection
- Blanchiment

- Réimplantation intentionnelle comprenant exérèse, préparation et obturation canalaire et reposition
- Traitements d'urgence
- Stabilisateur endodontiques intra-osseux

PÉRIODONTIE

- Examen périodentaire de contrôle
- Pansement périodentaire sédatif
- Consultation et soins des infections aiguës et des autres lésions
- Application d'agent désensibilisant par dent
- Curetage subgingival
- Gingivoplastie
- Gingivectomie
- Correction par ostéoplastie/ostéoectomie
- Greffe osseuse
- Greffe de pédicules
- Greffe de tissus mous
- Vestibuloplastie
- Résection de fibres gingivales
- Opération « Distal Wedge »
- Traitements post-opératoires par visite
- Traitement d'un abcès périodentaire
- Jumelage provisoire
- Équilibrage de l'occlusion, maximum de 8 visites par période de 12 mois
- Détartrage et aplanissement des racines
- Appareil ou plaque occlusale

AJUSTEMENT D'UNE PROTHÈSE

- Ajustements mineurs
- Remontage avec balancement
- Réparations

- Addition à un partiel
- Nettoyage et polissage d'une prothèse
- Rebasage, regarnissage
- Réparation de ponts

CHIRURGIE BUCCALE

- Ablation de dent ayant fait éruption – sans complication
- Ablation chirurgicale
- Exposition chirurgicale d'une dent
- Énucléation d'une dent n'ayant pas fait éruption et de son follicule
- Alvéoplastie
- Gingivoplastie et/ou stomatoplastie
- Ostéoplastie
- Abaissement du plancher de la bouche
- Ablation de tumeurs et de kystes
- Incision et drainage
- Réduction de fracture
- Réparation d'une lacération de tissu mou
- Frénectomie
- Dislocation de la mandibule
- Traitement des glandes salivaires
- Recouvrement immédiat d'une racine dentaire ou d'un corps étranger ayant pénétré dans l'antrum, incluant la fermeture
- Recouvrement non immédiat d'une racine dentaire ou d'un corps étranger dans l'antrum, procédure indépendante par anthrostomie
- Lavage de l'antrum
- Fermeture d'une fistule oro-antrale
- Contrôle d'hémorragie
- Traitement post-chirurgical
- Alvéolectomie

- Tubéroplastie
- Ablation des tissus hyperplasiques
- Ablation de surplus de muqueuses
- Ablation de papillomatoses palatines
- Reconstitution du procès alvéolaires
- Extension des replis muqueux
- Anesthésie générale

SOINS DE RESTAURATION MAJEURE

PROTHÈSES

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

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

- a) le remplacement est nécessaire suite à l'extraction de dents naturelles pendant que la personne assurée est couverte en vertu de la présente garantie ou en vertu d'une garantie similaire avec son assureur précédent;
- b) la prothèse amovible ou fixe a été installée au moins cinq ans avant son remplacement et que la prothèse amovible ou fixe actuelle ne peut pas être réparée;
- c) la prothèse actuelle est un dentier temporaire remplaçant une ou plusieurs dents naturelles extraites alors que la personne était couverte en vertu de la présente garantie ou en vertu d'une garantie similaire avec son assureur précédent, que son remplacement par un pont ou un dentier permanent est nécessaire et qu'il a lieu dans un délai de six mois suivant la date d'installation de la prothèse temporaire.

PROTHÈSES AMOVIBLES COMPLÈTES

- Comprend : impressions (primaire et finale), articulation, essayage, mise en bouche et trois visites de contrôle dans les trois mois suivant la mise en bouche
- Maxillaire supérieur
- Maxillaire inférieur

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

PROTHÈSES AMOVIBLES PARTIELLES

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

PROTHÈSES FIXES

- Couronnes
- Autres services de restauration

PROTHÈSES FIXES EXTENSIVES

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

SOINS ORTHODONTIQUES

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

DIAGNOSTIC

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

APPAREIL DE MAINTIEN

- Appareils de maintien
- Surveillance et ajustement

ORTHODONTIE CORRECTIVE ET PRÉVENTIVE

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

FRAIS ADMISSIBLES HORS DU CANADA

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

RESTRICTIONS, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

Dans le cas d'une demande d'adhésion tardive pour les personnes à charge ainsi qu'il est indiqué à la partie ADHÉSION TARDIVE de la présente garantie, le remboursement pour l'ensemble des frais de soins dentaires est limité à 250 \$ par personne assurée pendant les 6 premiers mois d'assurance.

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

Le remboursement des frais de laboratoire est limité aux frais de laboratoire raisonnables et habituels de la localité où les services sont rendus. Toutefois, le remboursement total des frais de laboratoire ne doit en aucun cas dépasser 60 % des frais suggérés dans le guide des tarifs approprié ainsi qu'il est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES pour le traitement dentaire précis nécessitant des services de laboratoire.

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

- 1) tout traitement ou appareil, directement ou indirectement relié à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;
- 2) les soins donnés par un hygiéniste dentaire qui ne sont pas administrés sous la surveillance d'un dentiste;
- 3) les soins dentaires couverts en vertu de la garantie maladie, si cette garantie fait partie du contrat, ou en vertu de tout autre contrat d'assurance collective;
- 4) les services et fournitures relatifs au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport;
- 5) tous les frais payables ou remboursables en vertu d'un régime d'assurance gouvernemental ou privé ou qui habituellement l'auraient été;
- 6) toute blessure que la personne couverte s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- 7) toute blessure ou maladie qui résulte d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non; toutefois, la personne assurée qui doit entreprendre un voyage à des fins professionnelles dans le cadre des fonctions liées à son emploi n'est pas visée par la présente exclusion.
- 8) toute blessure ou maladie qui résulte d'une agitation civile, d'une insurrection ou de la participation à une émeute.
- 9) les soins dentaires qui ne sont pas médicalement nécessaires, qui sont reçus à des fins esthétiques ou qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique;
- 10) les services, soins ou produits dentaires que la personne a reçus gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de la personne assurée.

COORDINATION DES PRESTATIONS

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

OPTION DU TYPE DE TRAITEMENT

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

ÉVALUATION PRÉALABLE DES PRESTATIONS

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

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

FIN DE LA GARANTIE

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

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

PROLONGATION DE L'ASSURANCE

Au décès de l'adhérent et sous réserve des dispositions prévues à la présente garantie, l'assurance des personnes à charge est prolongée, sans paiement de prime, pour une période de 90 jours, pourvu que les traitements aient débuté avant le décès de l'adhérent.

À la cessation de la présente garantie, l'assurance est prolongée, sans paiement de prime, pour une période de 31 jours pourvu que les traitements aient débuté avant la 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 avant la fin d'une période de 15 mois consécutifs suivant la date où les frais ont été engagés. Toutefois, si l'assurance d'un adhérent est résiliée, y compris la résiliation de la garantie ou du contrat, toutes les demandes doivent être reçues au plus tard trois mois après la date de résiliation. Toute demande reçue après ces dates sera refusée.

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

REMBOURSEMENT DES FRAIS AFFÉRENTS AUX SOINS ORTHODONTIQUES

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

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

Notre engagement envers nos adhérents

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

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

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

desjardinsassurancevie.com



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

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

This document was printed on Cascades Rolland Enviro100 paper.

