

# RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

assuré par



**MRC DE PONTIAC ET SES MUNICIPALITÉS**  
**Catégorie A**  
**Employés de la MRC Pontiac**  
Contrat 102066  
En vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017

## **IMPORTANT**

La présente brochure contient les dispositions générales du contrat d'assurance.

Ce document ne mentionne pas toutes les clauses concernant les définitions, l'admissibilité, l'adhésion, la fin de l'assurance et autres stipulations diverses. Toutefois, vous pouvez en connaître le contenu en consultant le contrat disponible auprès du responsable de groupe chez le Preneur ou auprès de votre employeur.



Cette brochure a été imprimée sur du papier contenant 100 % de fibres recyclées postconsommation. Un simple geste afin de mieux gérer l'environnement et nos ressources.

La forme masculine utilisée dans ce document désigne aussi bien le féminin que le masculin.

# TABLE DES MATIÈRES

PAGE

<b>SOMMAIRE DES GARANTIES .....</b>	<b>5</b>
<b>DÉFINITIONS.....</b>	<b>16</b>
<b>RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX .....</b>	<b>21</b>
1. Admissibilité .....	21
2. Adhésion .....	21
3. Droit d'exemption pour les garanties d'assurance maladie et soins dentaires.....	22
4. Date d'entrée en vigueur de l'assurance.....	23
5. Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail .....	24
6. Droit de transformation .....	25
7. Prolongation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent .....	27
8. Exonération des primes en cas d'invalidité totale .....	27
9. Bénéficiaire .....	27
10. Preuves d'invalidité.....	28
11. Fin de l'assurance .....	28
<b>GARANTIE D'ASSURANCE VIE .....</b>	<b>31</b>
1. Assurance vie de l'adhérent .....	31
2. Assurance vie du conjoint .....	31
3. Assurance vie des enfants à charge .....	31
4. Assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles de l'adhérent.....	31
5. Assurance vie facultative.....	36
6. Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale.....	36
<b>GARANTIE D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE .....</b>	<b>42</b>
1. Période maximale de prestations.....	42
2. Calcul des prestations.....	42
3. Retour progressif au travail .....	43
4. Programme de réadaptation .....	44
5. Montant forfaitaire payable lors du décès d'un adhérent invalide .....	44
6. Exclusions, restrictions et réduction de la garantie.....	44
7. Supplément aux prestations d'assurance-emploi ou d'assurance parentale en raison d'une grossesse.....	45

<b>GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE</b> .....	<b>46</b>
1. Hospitalisation et hébergement en centre spécialisé .....	46
2. Médicaments.....	47
3. Soins oculaires.....	49
4. Professionnels de la santé.....	49
5. Autres frais médicaux admissibles .....	50
6. CAP assistance médicale.....	52
7. Exclusions et réduction de la garantie.....	53
8. Coordination des prestations .....	54
<b>GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES</b> .....	<b>55</b>
1. Protection.....	55
2. Modalités de remboursement.....	55
3. Plan de traitement .....	55
4. Frais admissibles .....	55
5. Exclusions et réduction de la garantie.....	58
6. Coordination des prestations .....	59
<b>ASSURANCE VOYAGE</b> .....	<b>61</b>
<b>ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE</b> .....	<b>67</b>
<b>DEMANDE DE PRESTATIONS</b> .....	<b>71</b>
<b>LA CAPITALE RÉPOND À VOS QUESTIONS</b> .....	<b>72</b>

## SOMMAIRE DES GARANTIES

Les tableaux suivants décrivent brièvement les garanties du régime d'assurance collective de l'adhérent, selon la classe de personnes admissibles à laquelle il appartient. La description complète des garanties se retrouve dans les pages s'y rapportant.

<b>Admissibilité et informations générales</b>	
<b>Classes de personnes admissibles</b>	Tous les employés travaillant à temps plein et à plein salaire
<b>Nombre minimal d'heures de travail</b>	24 heures par semaine
<b>Délai d'admissibilité</b>	Après 3 mois de travail continu
<b>Définition d'invalidité totale</b>	Pendant le délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée et les 24 mois suivants pour le propre emploi, et tout emploi par la suite
<b>Récidive d'invalidité totale</b>	<p>Toute période continue d'invalidité totale ou une suite de périodes successives dues aux mêmes causes et séparées par une période de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• moins de 15 jours de travail ou d'aptitude au travail au cours du délai de carence de la garantie d'assurance salaire de longue durée;</li> <li>• moins de 180 jours de travail ou d'aptitude au travail par la suite.</li> </ul>
<b>Période maximale de maintien de la participation à l'assurance en cas d'absences temporaires du travail</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Congé de maternité, de paternité, parental, d'adoption ou de compassion et retrait préventif : <ul style="list-style-type: none"> <li>– 24 mois pour la garantie d'assurance maladie;</li> <li>– 24 mois pour toutes les garanties;</li> <li>– 24 mois pour toutes les garanties, à l'exception des garanties d'assurance invalidité.</li> </ul> </li> <li>• Congé sans solde : 6 mois pour toutes les garanties</li> <li>• Mise à pied temporaire : 6 mois pour toutes les garanties</li> <li>• Grève ou lock-out : 30 jours pour la garantie d'assurance maladie seulement</li> </ul>
<b>Prolongation de l'assurance des personnes à charge lors du décès de l'adhérent</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie, assurance maladie et assurance soins dentaires : 24 mois</li> </ul>

**GARANTIE D'ASSURANCE VIE****Assurance vie de base de l'adhérent**

<b>Montant d'assurance</b>	1 fois le salaire annuel, arrondi à la tranche supérieure de 1 000 \$ du montant d'assurance
Maximum sans preuves	265 000 \$
Maximum avec preuves	500 000 \$
<b>Réduction du montant d'assurance</b>	50 % au 65 <sup>e</sup> anniversaire de l'adhérent
<b>Exonération des primes</b>	À l'expiration du délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée ou après l'expiration d'une période de 6 mois d'invalidité totale si l'adhérent n'est pas admissible à la garantie d'assurance invalidité de longue durée
<b>Fin de l'assurance</b>	À la date du 71 <sup>e</sup> anniversaire de l'adhérent ou de sa retraite, selon la première éventualité

**Assurance vie de base du conjoint**

<b>Montant d'assurance</b>	5 000 \$
<b>Réduction du montant d'assurance</b>	50 % au 65 <sup>e</sup> anniversaire de l'adhérent
<b>Exonération des primes</b>	Identique à la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent
<b>Fin de l'assurance</b>	À la date du 71 <sup>e</sup> anniversaire de l'adhérent ou de sa retraite, selon la première éventualité

**Assurance vie de base des enfants à charge  
(dès la naissance)**

<b>Montant d'assurance</b>	2 500 \$
<b>Exonération des primes</b>	Identique à la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent
<b>Fin de l'assurance</b>	À la date du 71 <sup>e</sup> anniversaire de l'adhérent ou de sa retraite, selon la première éventualité

<b>Assurance vie facultative de l'adhérent</b>	
<b>Montant d'assurance</b>	1 à 60 tranches de 5 000 \$
Maximum sans preuves	Des preuves d'assurabilité sont toujours requises
Maximum avec preuves	300 000 \$
<b>Exonération des primes</b>	Identique à la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent
<b>Fin de l'assurance</b>	À la date du 65 <sup>e</sup> anniversaire de l'adhérent ou de sa retraite, selon la première éventualité

<b>Assurance vie facultative du conjoint</b>	
<b>Montant d'assurance</b>	1 à 30 tranches de 5 000 \$
Maximum sans preuves	Des preuves d'assurabilité sont toujours requises
Maximum avec preuves	150 000 \$
<b>Exonération des primes</b>	Identique à la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent
<b>Fin de l'assurance</b>	À la date du 65 <sup>e</sup> anniversaire de l'adhérent ou de sa retraite, selon la première éventualité

**GARANTIE D'ASSURANCE EN CAS DE MORT OU DE MUTILATION ACCIDENTELLES**

<b>Assurance de base en cas de mort ou de mutilation accidentelles de l'adhérent</b>	
<b>Montant d'assurance</b>	1 fois le salaire annuel, arrondi à la tranche supérieure de 1 000 \$ du montant d'assurance
Maximum sans preuves	265 000 \$
Maximum avec preuves	500 000 \$
<b>Réduction du montant d'assurance</b>	50 % au 65 <sup>e</sup> anniversaire de l'adhérent
<b>Exonération des primes</b>	À l'expiration du délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée ou après l'expiration d'une période de 6 mois d'invalidité totale si l'adhérent n'est pas admissible à la garantie d'assurance invalidité de longue durée
<b>Fin de l'assurance</b>	À la date du 71 <sup>e</sup> anniversaire de l'adhérent ou de sa retraite, selon la première éventualité



<b>GARANTIE D'ASSURANCE MALADIES REDOUTÉES</b>
--

<b>Assurance maladies redoutées de l'adhérent</b>	
---	--

<b>Montant d'assurance – Adhérent</b>	30 000 \$
<b>Exonération des primes</b>	Ne s'applique pas
<b>Fin de l'assurance</b>	À la date du 65 <sup>e</sup> anniversaire de l'adhérent ou de sa retraite, selon la première éventualité

## GARANTIE D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

<b>Montant des prestations</b>	71,5 % des premiers 1 250 \$ du salaire mensuel brut payable au début de l'invalidité, 51,5 % des 4 083 \$ suivants et 44,5 % de l'excédent, arrondi au 1 \$ supérieur
<b>Maximum sans preuves</b>	5 500 \$
<b>Maximum avec preuves</b>	6 000 \$
<b>Délai de carence</b>	
En cas d'accident	119 jours consécutifs
En cas de maladie	119 jours consécutifs
En cas d'hospitalisation	119 jours consécutifs
<b>Période maximale de prestations</b>	Jusqu'au 65 <sup>e</sup> anniversaire ou la date de la retraite de l'adhérent, selon la première éventualité
<b>Imposition des prestations</b>	Non imposables
<b>Revenus de toutes sources</b>	85 % du salaire mensuel net payable au début de l'invalidité Les sources de revenus considérées dans ce calcul sont énumérées dans la section décrivant la garantie d'assurance invalidité de longue durée
<b>Indexation</b>	Ne s'applique pas
<b>Montant forfaitaire payable au décès de l'adhérent</b>	3 mois de prestations
<b>Exonération des primes</b>	À l'expiration du délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée ou après l'expiration d'une période de 6 mois d'invalidité totale si l'adhérent n'est pas admissible à la garantie d'assurance invalidité de longue durée
<b>Fin de l'assurance</b>	À la date du 65 <sup>e</sup> anniversaire de l'adhérent moins le délai de carence de la présente garantie ou de sa retraite, selon la première éventualité

## GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE

<b>Paiement automatisé</b>	Direct
<b>Franchise annuelle</b>	50 \$ pour un statut de protection individuel 50 \$ pour un statut de protection familial La franchise s'applique à toutes les protections, à l'exception des protections suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicaments</li> <li>• Frais d'hospitalisation et d'hébergement en centre spécialisé</li> <li>• Soins oculaires</li> <li>• CAP assistance médicale</li> <li>• Assurance voyage avec assistance</li> <li>• Assurance annulation de voyage</li> </ul>
<b>Ticket modérateur</b>	2 \$ par médicament prescrit
<b>Ordonnance ou recommandation médicale requise</b>	Seules les protections suivies d'un astérisque nécessitent une ordonnance ou une recommandation médicale
<b>Exonération des primes</b>	Ne s'applique pas
<b>Fin de l'assurance</b>	À la date du 75 <sup>e</sup> anniversaire de l'adhérent ou de sa retraite, selon la première éventualité (sous réserve des dispositions applicables aux adhérents de 65 ans et plus prévues au présent document)

### Médicaments

#### **Pourcentage de remboursement : 100 %, à moins d'indication contraire**

Médicaments - Liste régulière	Selon le pourcentage de remboursement prévu, jusqu'à concurrence de la contribution maximale annuelle prévue par le régime provincial d'assurance médicaments, et 100 % de l'excédent / certificat / année civile
Médicaments - Fournitures pour les personnes diabétiques	Remboursement regroupé avec les médicaments
Médicaments - Injections sclérosantes *	20 \$ remboursables / traitement / assuré Remboursement regroupé avec les médicaments
Substitution	Générique obligatoire

<b>Frais d'hospitalisation et d'hébergement en centre spécialisé</b>	
<b>Pourcentage de remboursement : 100 %, à moins d'indication contraire</b>	
Centre hospitalier au Canada	Chambre semi-privée
Centre d'hébergement et de soins de longue durée	Chambre semi-privée 180 jours / année civile / assuré
Centre de réadaptation et maison de convalescence *	Chambre semi-privée 180 jours / invalidité / assuré

<b>Soins oculaires</b>	
<b>Pourcentage de remboursement : 100 %, à moins d'indication contraire</b>	
Examen de la vue	75 \$ remboursables / période de 24 mois consécutifs / assuré
Lunettes * Verres de contact * Chirurgie oculaire au laser *	150 \$ remboursables / période de 24 mois consécutifs / assuré
Verres de contact spéciaux *	250 \$ remboursables / période de 24 mois consécutifs / assuré
Exercices optiques	200 \$ remboursables / à vie / assuré

<b>Professionnels de la santé</b>	
<b>Pourcentage de remboursement : 80 %, à moins d'indication contraire</b>	
Acupuncteur	20 \$ remboursables / traitement / assuré, jusqu'à concurrence de 20 traitements / année civile
Chiropraticien	20 \$ remboursables / traitement / assuré, jusqu'à concurrence de 20 traitements / année civile
Diététiste	20 \$ remboursables / consultation / assuré, jusqu'à concurrence de 20 consultations / année civile
Massothérapeute	20 \$ remboursables / traitement / assuré, jusqu'à concurrence de 20 traitements / année civile
Naturopathe et naturothérapeute	20 \$ remboursables / consultation / assuré, jusqu'à concurrence de 20 consultations / année civile pour l'ensemble de ces professionnels
Orthophoniste	20 \$ remboursables / consultation / assuré, jusqu'à concurrence de 20 consultations / année civile
Ostéopathe	20 \$ remboursables / consultation / assuré, jusqu'à concurrence de 20 consultations / année civile
Physiothérapeute	20 \$ remboursables / traitement / assuré, jusqu'à concurrence de 20 traitements / année civile
Podiatre	20 \$ remboursables / traitement / assuré, jusqu'à concurrence de 20 traitements / année civile
Psychologue et travailleur social	20 \$ remboursables / consultation / assuré, jusqu'à concurrence de 20 consultations / année civile pour l'ensemble de ces professionnels

<b>Autres frais médicaux</b>	
<b>Pourcentage de remboursement : 80 %, à moins d'indication contraire</b>	
Ambulance	
Analyses de laboratoire *	1 000 \$ remboursables / année civile / assuré
Appareil auditif	700 \$ remboursables / période de 60 mois consécutifs / assuré
Appareil d'assistance respiratoire et oxygène *	10 000 \$ remboursables / vie / assuré
Appareils orthopédiques *	
Appareils thérapeutiques *	10 000 \$ remboursables / à vie / assuré
Articles pour stomie *	
Bas de contention *	400 \$ remboursables / année civile / assuré
CAP Assistance médicale	<i>Ces frais sont remboursables à 100 %</i>
Chaussures orthopédiques *	300 \$ remboursables / année civile / assuré
Chaussures profondes ou correctrices *	1 paire / année civile / assuré
Échographie *	Remboursement regroupé avec les analyses de laboratoire
Électrocardiogramme, électromyogramme et électroencéphalogramme *	Remboursement regroupé avec les analyses de laboratoire
Fauteuil roulant et marchette *	
Lit d'hôpital *	
Orthèses plantaires *	300 \$ remboursables / période de 36 mois consécutifs / assuré
Prothèse capillaire *	300 \$ remboursables / à vie / assuré
Prothèse mammaire externe *	200 \$ remboursables / année civile / assurée
Prothèses externes et membres artificiels *	5 000 \$ remboursables par membre perdu
Radiographies *	Remboursement regroupé avec les analyses de laboratoire
Résonance magnétique * (IRM)	Remboursement regroupé avec les analyses de laboratoire
Soins infirmiers *	5 000 \$ remboursables / année civile / assuré <i>Ces frais sont remboursables à 100 %</i>
Soutien-gorge postopératoire *	4 soutiens-gorges / année civile / assurée
Traitement dentaire en cas d'accident	Le traitement doit être fait dans les 12 mois suivant la date de l'accident
Traitements médicaux non offerts dans la province de résidence *	50 000 \$ admissibles / année civile / assuré <i>Ces frais sont remboursables à 50 %</i>
Vêtements compressifs pour brûlures *	

**Assurance voyage et assurance annulation de voyage**

**Pourcentage de remboursement : 100%**

Assurance voyage avec assistance

Durée maximale du séjour à l'extérieur de la province de résidence: 6 mois

Remboursement maximal de 5 000 000 \$ / voyage / assuré

Assurance annulation de voyage

Remboursement maximal de 5 000 \$ / voyage / assuré

## GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES

<b>Paiement automatisé</b>	Oui
<b>Franchise annuelle</b>	25 \$ pour un statut de protection individuel 50 \$ pour un statut de protection familial La franchise s'applique aux modules suivants : • Tous les modules
<b>Report de franchise</b>	Non
<b>Remboursement basé sur le guide provincial des tarifs</b>	De l'année courante
<b>Module A : Soins préventifs</b>	80 %
<b>Module B : Soins de restauration de base</b>	80 %
<b>Module C : Soins de restauration majeure</b>	80 %
<b>Remboursement maximal</b>	• Modules A à C : 1 500 \$ / année civile / assuré
<b>Fréquence des examens complets</b>	1 par période de 6 mois consécutifs
<b>Fréquence des examens de rappel ou périodiques</b>	1 par période de 6 mois consécutifs
<b>Exonération des primes</b>	Ne s'applique pas
<b>Fin de l'assurance</b>	À la date du 75 <sup>e</sup> anniversaire de l'adhérent ou de sa retraite, selon la première éventualité

### **Maximum de remboursement par assuré – Adhésion tardive**

Pour tout assuré dont l'adhésion est signifiée par écrit à l'Assureur suivant l'expiration d'un délai de 31 jours suivant la date à laquelle il remplit les conditions d'admissibilité, le remboursement de tous les frais dentaires est limité à 250 \$ par assuré pour les 12 premiers mois d'assurance.

## DÉFINITIONS

### **Accident**

Toute lésion corporelle constatée par un médecin et provenant directement de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure, et indépendamment de toute autre cause. Toute lésion corporelle à la suite d'une tentative de suicide n'est pas un accident.

### **Activité à caractère commercial**

Assemblée, congrès, convention, exposition, foire ou séminaire, à caractère professionnel ou commercial, telle activité devant être publique, sous la responsabilité d'un organisme officiel et conforme aux lois, règlements et politiques de la région où doit se tenir l'activité, et qui se veut la seule raison du voyage projeté.

### **Adhérent**

Un employé qui est admissible à l'assurance et qui est assuré en vertu du contrat.

### **Âge**

L'âge au dernier anniversaire de naissance de la personne en cause au moment où il est calculé ou le jour où un événement prévu au contrat se produit.

### **Associé en affaires**

La personne avec qui l'assuré est associé en affaires dans le cadre d'une compagnie de quatre coactionnaires ou moins, ou d'une société à but lucratif composée de quatre associés ou moins.

### **Assuré**

Un adhérent ou l'une des personnes à sa charge assuré en vertu de ce contrat.

### **Centre hospitalier**

Un centre hospitalier au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, excluant les centres hospitaliers privés autofinancés au sens de ladite Loi. En cas d'hospitalisation hors Québec, cette définition s'applique également à tout établissement reconnu et accrédité comme centre hospitalier par les autorités compétentes dont l'établissement relève, exception faite des maisons de santé, des foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, des foyers pour malades mentaux, des centres hospitaliers de soins de longue durée, des maisons de repos, des maisons de convalescence, des établissements qui dispensent des soins aux alcooliques ou aux toxicomanes, des sanatoriums, des centres d'accueil, des stations thermales ou des dispensaires ou autres établissements ou parties d'établissements dont le but est de dispenser des soins de garde.

### **Compagnon de voyage**

La personne avec qui l'assuré partage la chambre ou l'appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de l'assuré.



## **Conjoint**

L'homme ou la femme qui, à la date de l'événement donnant droit à des prestations :

- a) est marié ou uni civilement à l'adhérent; ou
- b) vit maritalement avec lui depuis un an ou depuis moins d'un an s'il est le père ou la mère d'un enfant de l'adhérent; ou
- c) vit maritalement avec l'adhérent et avait déjà ainsi vécu maritalement avec cet adhérent tout au long d'une période d'au moins un an.

Il est toutefois précisé que l'un des événements suivants, selon le cas, fait perdre ce statut de conjoint :

- Un jugement de divorce prononcé entre l'adhérent et le conjoint dans le cas d'un mariage.
- La séparation de fait depuis au moins 90 jours dans le cas d'une union de fait.
- La dissolution de l'union civile par entente notariée ou par jugement du tribunal dans le cas d'une union civile.

Si l'adhérent a un conjoint répondant à la définition en a) et un autre conjoint répondant à la définition en b) ou c), l'Assureur reconnaîtra comme conjoint celui que l'adhérent lui aura désigné par avis écrit. Le conjoint doit être le même pour toutes les garanties du contrat.

## **Date de mise à la retraite**

Date à laquelle un employé débute sa retraite selon le régime de retraite auquel il participe, ou selon la convention de travail en vigueur chez l'employeur ou selon la pratique en usage chez l'employeur.

L'adhérent qui devient invalide avant l'âge de 65 ans est considéré retraité à compter de l'âge de 65 ans. L'adhérent qui devient invalide à l'âge de 65 ans ou après est considéré retraité après l'expiration du délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée.

## **Délai de carence**

Une période qui commence au début d'une période d'invalidité totale et pendant laquelle aucune prestation d'invalidité n'est payable.

Le délai de carence en cas d'hospitalisation s'applique également dans le cas d'un patient admis dans une unité de chirurgie d'un jour ou de médecine de jour, quelle que soit la durée d'admission. Cependant, il ne s'applique pas dans le cas d'un patient inscrit à la clinique externe ou à l'urgence.

## **Dentiste**

Toute personne membre de l'Ordre des dentistes du Québec ou d'une association professionnelle reconnue par l'autorité législative ayant juridiction où le dentiste exerce.

## **Effectivement au travail**

Le fait pour un employé d'être présent à son lieu de travail et d'exercer ses fonctions habituelles selon son horaire normal de travail et à plein salaire. L'employé qui n'est pas invalide est aussi considéré comme effectivement au travail si l'unique raison de son absence est qu'il est en période de congé ou qu'il ne s'agit pas d'une journée ouvrable pour lui.

## **Employé**

Toute personne à l'emploi de l'employeur qui satisfait aux critères d'admissibilité applicables à la classe d'employés à laquelle elle appartient et qui accomplit le nombre d'heures de travail minimum prévu au **Sommaire des garanties**.

## **Enfant à charge**

L'expression « enfant à charge » désigne l'une ou l'autre des personnes suivantes :

- a) une personne âgée de moins de 21 ans à l'égard de laquelle l'adhérent ou son conjoint exerce l'autorité parentale;
- b) une personne sans conjoint, âgée de moins de 26 ans et fréquentant à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement reconnu, et à l'égard de laquelle l'adhérent ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;
- c) une personne majeure domiciliée chez l'adhérent, sans conjoint, à l'égard de laquelle l'adhérent ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure et atteinte d'une invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle visée dans un règlement du gouvernement survenue alors qu'elle satisfaisait à l'une ou l'autre des conditions précédentes et qu'elle est demeurée totalement et continuellement invalide depuis cette date.

La notion d'autorité parentale à l'égard d'une personne autre qu'un enfant de l'adhérent ou de son conjoint doit être confirmée par un jugement du tribunal ou par un testament valide du père ou de la mère ou par une déclaration de leur part à cet effet transmise au curateur public.

## **Frais de voyage payés d'avance**

Toute somme déboursée par l'assuré pour lui-même pour l'achat d'un voyage à forfait, d'un billet d'un transporteur public ou pour la location d'un véhicule motorisé auprès d'un commerce accrédité. Ils comprennent également une somme déboursée par l'assuré relativement à des réservations pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par l'assuré ou par une agence de voyage, de même qu'une somme déboursée par l'assuré relativement aux frais d'inscription pour une activité à caractère commercial.

## **Hospitalisation**

L'occupation d'une chambre dans un centre hospitalier à titre de patient alité admis, excluant toute période où l'assuré ne reçoit que des services qui pourraient être dispensés par un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation, qu'il y ait une place disponible ou non dans un tel centre.

## **Hôte à destination**

La personne dont la résidence principale doit servir de lieu d'hébergement à l'assuré selon une entente prévue à l'avance.

## **Invalidité totale ou Totalement invalide**

Un adhérent est considéré totalement invalide :

- pendant le délai prévu au **Sommaire des garanties** pour le propre emploi : Un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident, qui requiert des soins médicaux continus et qui empêche l'adhérent d'exercer les principales fonctions de son emploi habituel.

- après ce délai : Un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident qui ne requiert pas nécessairement de soins médicaux continus, mais qui empêche l'adhérent d'exercer toute activité rémunératrice pour laquelle il possède les aptitudes raisonnables compte tenu de son éducation, de sa formation ou de son expérience.

L'invalidité totale est déterminée sans qu'il soit tenu compte de l'existence ou de la disponibilité d'un tel emploi ou activité.

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

Une invalidité totale débutant plus de 31 jours après un accident est considérée comme résultant d'une maladie.

### **Maladie**

Altération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution, et comme une entité devant être définie par un médecin, y compris toute complication résultant de la grossesse.

### **Médecin**

Toute personne membre de l'Ordre des Médecins et autorisée à fournir des services médicaux selon la Loi médicale ou toute autre loi au même effet du lieu où sont rendus les services.

### **Non-fumeur**

Un assuré qui au cours des 12 derniers mois, n'a pas fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit. En cas de fausse déclaration de la part de l'assuré, l'assurance est nulle et sans effet et la responsabilité de l'Assureur est limitée au remboursement des primes perçues. Toute personne qui modifie ses habitudes de tabagisme, doit en informer par écrit l'Assureur à l'aide d'une attestation à cet effet. L'assuré doit avoir cessé ses habitudes de tabagisme 12 mois avant que la modification puisse être effectuée.

### **Période d'invalidité**

Toute période continue d'invalidité totale ou une suite de périodes successives d'invalidité attribuables à la même cause ou à des causes connexes séparées par les périodes indiquées à la première page du **Sommaire des garanties** pour la récurrence d'invalidité.

### **Proche parent**

Le conjoint, l'enfant, le père, la mère, le beau-père, la belle-mère, le frère, la sœur, le beau-frère, la belle-sœur, la belle-fille, le gendre, les grands-parents et les petits-enfants de l'assuré.

### **Programme de réadaptation**

s'entend d'un programme approuvé par écrit par l'Assureur pour un adhérent et qui consiste :

- soit en une activité rémunératrice à temps plein ou partiel qu'exerce l'adhérent invalide;
- soit en un cours de formation professionnelle ou un travail en vue de la réadaptation.

### **Régime général d'assurance médicaments**

Régime général d'assurance médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Salaire**

La rémunération brute régulière excluant les sommes reçues de l'employeur et qui ne font pas partie de la rémunération régulière de l'adhérent tels que les bonis, les paiements pour les heures supplémentaires, les honoraires, les primes de logement et de repas, les primes d'éloignement, tout paiement forfaitaire ou autre somme payable occasionnellement.

**Salaire net**

Le salaire brut moins les cotisations à la Régie des rentes du Québec, à l'Assurance Emploi, au Régime Québécois d'assurance parentale et les impôts des gouvernements provincial et fédéral en vigueur selon les déclarations d'exemption faites à l'employeur.

**Voyage**

Voyage touristique, voyage d'agrément, voyage d'affaires ou activité à caractère commercial comportant une absence de l'assuré de sa province de résidence.

Aux fins de la garantie d'assurance annulation, un voyage est un voyage touristique, un voyage d'agrément, un voyage d'affaires ou une activité à caractère commercial comportant le séjour de l'assuré pour un minimum d'une (1) nuit à destination, et ce, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de sa province de résidence.

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

### 1. Admissibilité

L'employé est admissible après avoir complété le délai d'admissibilité indiqué au **Sommaire des garanties**, à condition qu'il soit effectivement au travail actif à plein temps à cette date pour le nombre d'heures minimal indiqué au **Sommaire des garanties** et qu'aucune preuve d'assurabilité ne soit requise.

### 2. Adhésion

#### a) Participation de l'employé

L'adhésion à toutes les garanties est obligatoire, à l'exception des garanties facultatives, pour tout employé qui remplit les conditions d'admissibilité. Le formulaire d'adhésion doit être transmis à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours suivant la date à laquelle il remplit les conditions d'admissibilité. Tout employé ayant présenté sa demande d'adhésion après ce délai se verra octroyer la garantie d'assurance maladie et il devra soumettre, à ses frais, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'Assureur pour les autres garanties.

#### b) Participation des personnes à charge

L'assurance des personnes à charge est obligatoire pour les garanties d'assurance vie et maladie lorsque l'adhérent détient un statut de protection autre qu'individuel ou exempté en assurance maladie. L'adhérent ayant une ou des personnes à sa charge doit alors opter pour un statut de protection correspondant à sa situation familiale et selon les statuts de protection disponibles. Il peut également choisir d'assurer les personnes à sa charge en vertu des autres garanties.

Si le statut de protection monoparental est disponible, l'adhérent peut opter pour celui-ci s'il n'a pas de conjoint tel que défini précédemment.

Dans tous les cas, l'adhérent doit soumettre une demande d'adhésion à l'Assureur dans les 31 jours suivant la date à laquelle la personne à charge devient admissible.

Si la demande d'adhésion ou de changement est remplie après l'expiration de ce délai de 31 jours, l'adhérent doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité, à la satisfaction de l'Assureur, pour les personnes à sa charge pour toutes les garanties, à l'exception de la garantie d'assurance maladie si la participation est obligatoire. De plus, l'Assureur se réserve le droit de refuser d'assurer une personne de la famille à la suite de l'examen des preuves d'assurabilité.

#### c) Dispositions applicables aux adhérents de 65 ans ou plus

Il est possible pour un adhérent sans enfant à charge dont le conjoint est âgé de 65 ans ou plus de changer sa protection familiale en une protection individuelle pour la garantie d'assurance maladie. Un adhérent qui effectue un tel choix ne pourra modifier sa protection individuelle par la suite.

De plus, tout adhérent de 65 ans ou plus ou tout employé ayant une personne à sa charge âgée de 65 ans ou plus peut choisir d'assurer les médicaments admissibles au Régime général d'assurance médicaments en vertu du présent contrat. L'adhérent qui désire assurer lesdits médicaments doit remplir une demande d'adhésion pour lui et les personnes à sa charge, le cas échéant, avant l'expiration d'un délai de 31 jours suivant la première des dates suivantes :

- la date à laquelle il atteint 65 ans;
- la date à laquelle la plus âgée de ses personnes à charge atteint 65 ans.

Dans un tel cas, l'adhérent doit payer la prime additionnelle applicable, laquelle devient payable seulement lorsque l'adhérent atteint lui-même l'âge de 65 ans, selon le statut de protection détenu à ce moment. L'adhérent qui atteint 65 ans après la date mentionnée au 2<sup>e</sup> alinéa ci-dessus doit également assurer lesdits médicaments en vertu du présent contrat.

Aucune demande d'adhésion ne sera acceptée après l'expiration dudit délai.

#### **d) Changement de protection en cours d'assurance**

Pour les garanties d'assurance vie, d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires, un adhérent assuré en vertu d'une protection individuelle peut, dans le cas de la garantie d'assurance soins dentaires, ou doit, dans le cas des garanties d'assurance vie et d'assurance maladie, changer son statut de protection lors de la réalisation d'une des conditions suivantes :

- a) le mariage ou l'union civile de l'adhérent;
- b) la naissance ou l'adoption d'un premier enfant;
- c) la fin de l'assurance d'une personne à charge exemptée;
- d) lorsqu'une personne répond à la définition de « conjoint » du présent contrat.

L'adhérent doit aviser l'Assureur de son désir de changer de statut de protection avant l'expiration d'un délai de 31 jours suivant un tel événement.

### **3. Droit d'exemption pour les garanties d'assurance maladie et soins dentaires**

Un employé ou les personnes à sa charge peuvent toutefois, sur présentation d'un avis écrit à l'employeur, refuser d'adhérer ou cesser de participer à l'une ou l'autre de ces garanties, ou aux deux, à la condition qu'ils attestent, à la satisfaction de l'Assureur, qu'ils sont assurés en vertu d'un contrat collectif d'assurance comportant des protections similaires. Ils doivent toutefois adhérer ou recommencer à participer aux garanties pour lesquelles ils ont demandé l'exemption aussitôt que la protection en vertu de l'autre contrat collectif se termine en établissant, à la satisfaction de l'Assureur, qu'ils ne peuvent continuer d'être assurés en vertu dudit contrat.

La demande d'adhésion ou de reprise de l'assurance doit être transmise à l'Assureur dans les 31 jours suivant la date de terminaison de la protection en vertu de l'autre contrat collectif. Si la demande est soumise après ce délai, des preuves d'assurabilité seront requises pour la garantie d'assurance soins dentaires.

#### **4. Date d'entrée en vigueur de l'assurance**

Sous réserve des dispositions des présentes, la date d'entrée en vigueur de l'assurance est déterminée comme suit :

##### **a) Garantie d'assurance vie**

Tout employé devient assuré en vertu de cette garantie à la date d'entrée en vigueur du contrat ou à la date à laquelle il remplit les conditions d'admissibilité, si postérieure.

Toutefois, pour un employé invalide à la date d'entrée en vigueur du contrat qui est exonéré du paiement des primes en vertu du contrat antérieur, l'assurance débute à la date de son retour au travail. Dans le cas d'un employé invalide qui n'a pas encore satisfait le délai de carence pour être exonéré du paiement des primes sous le contrat antérieur, l'assurance débute à la date d'entrée en vigueur du contrat. À l'expiration du délai de carence, l'assurance est suspendue jusqu'à son retour au travail.

##### **b) Garantie d'assurance maladies redoutées**

Tout employé devient assuré en vertu de cette garantie à la date d'entrée en vigueur du contrat ou à la date à laquelle il remplit les conditions d'admissibilité, si postérieure.

##### **c) Garantie d'assurance maladie**

Tout employé devient assuré en vertu de cette garantie à la date d'entrée en vigueur du contrat ou à la date à laquelle il remplit les conditions d'admissibilité, si postérieure.

##### **d) Garantie d'assurance soins dentaires**

Tout employé devient assuré en vertu de cette garantie à la date d'entrée en vigueur du contrat ou à la date à laquelle il remplit les conditions d'admissibilité, si postérieure.

##### **e) Garanties d'assurance invalidité de longue durée**

Tout employé devient assuré en vertu de ces garanties à la date d'entrée en vigueur du contrat ou à la date à laquelle il remplit les conditions d'admissibilité, si postérieure.

Toutefois, pour un employé invalide à la date d'entrée en vigueur du contrat qui est exonéré du paiement des primes en vertu du contrat antérieur, l'assurance débute à la date de son retour au travail. Dans le cas d'un employé invalide qui n'a pas encore satisfait le délai de carence pour être exonéré du paiement des primes sous le contrat antérieur, l'assurance débute à la date d'entrée en vigueur du contrat. À l'expiration du délai de carence, l'assurance est suspendue jusqu'à son retour au travail.

##### **f) Assurance des personnes à charge**

L'assurance des personnes à charge débute à la dernière des dates suivantes :

- la date à laquelle elles deviennent admissibles;
- la date à laquelle l'employé complète la demande d'adhésion pour ses personnes à charge;
- la date d'acceptation par l'Assureur des preuves d'assurabilité, le cas échéant.

En aucun temps, l'assurance des personnes à charge ne peut prendre effet avant la date de prise d'effet de l'assurance de l'employé.

## 5. Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail

### a) Congé de maternité, parental, de paternité ou d'adoption

Un adhérent qui cesse d'être au travail actif à plein temps en raison d'un congé de maternité, parental, de paternité ou d'adoption demeure assuré, avec paiement de primes, pour la garantie d'assurance maladie. Un tel adhérent peut également demeurer assuré pour toutes les autres garanties, avec ou sans assurance invalidité, à son choix, à la condition d'en faire la demande écrite à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la date du début de ce congé en payant la prime totale excluant la part de l'employeur, ce dernier continuant à payer sa part. Cependant, les garanties ne peuvent pas être maintenues en vigueur au-delà de la période maximale indiquée au **Sommaire des garanties** suivant la date du début du congé.

Si la garantie d'assurance invalidité est maintenue en vigueur, le délai de carence, pour une invalidité qui survient au cours d'une période où l'adhérent ne reçoit pas de prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse, débute à compter de la date prévue de retour au travail et le paiement de la rente d'invalidité, le cas échéant, ne débute qu'à l'expiration de ce délai.

Si la garantie d'assurance invalidité n'est pas maintenue en vigueur, elle est remise en vigueur lors du retour au travail actif à plein temps de l'adhérent.

### b) Congé autorisé non payé

Un adhérent qui cesse d'être au travail actif à plein temps en raison d'un congé autorisé non payé demeure assuré, avec paiement de primes, pour la garantie d'assurance maladie. Un tel adhérent peut également demeurer assuré pour toutes les autres garanties, à la condition d'en faire la demande écrite à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la date du début de ce congé en payant la prime totale, y compris la part de l'employeur. Cependant, les garanties ne peuvent pas être maintenues en vigueur au-delà de la période maximale indiquée au **Sommaire des garanties** suivant la date du début du congé.

Si la garantie d'assurance invalidité est maintenue en vigueur, le délai de carence pour une invalidité qui survient au cours de cette période débute à compter de la date prévue de retour au travail et le paiement de la rente d'invalidité, le cas échéant, ne débute qu'à l'expiration de ce délai.

Si la garantie d'assurance invalidité n'est pas maintenue en vigueur, elle est remise en vigueur lors du retour au travail actif à plein temps de l'adhérent.

### c) Mise à pied temporaire

Dans le cas d'une mise à pied temporaire, l'adhérent demeure assuré, avec paiement de primes, pour la garantie d'assurance maladie. Un tel adhérent peut également demeurer assuré pour toutes les autres garanties, à la condition que le Preneur maintienne l'assurance en vigueur en continuant le paiement des primes. La demande écrite à l'Assureur doit être faite avant l'expiration d'un délai de 31 jours suivant la date du début de l'événement. Cependant, les garanties ne peuvent pas être maintenues en vigueur au-delà de la période maximale indiquée au **Sommaire des garanties** suivant la date du début de l'événement.



Le délai de carence pour une invalidité qui survient au cours de cette période débute à compter de la date prévue de retour au travail et le paiement de la rente d'invalidité, le cas échéant, ne débute qu'à l'expiration de ce délai.

Une mise à pied temporaire signifie une absence d'une durée déterminée et durant laquelle l'adhérent est toujours considéré comme un employé par l'employeur.

**d) Congédiement ou suspension contestés**

Lorsqu'un adhérent est congédié ou suspendu et qu'il conteste son congédiement ou sa suspension par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au sens du Code du travail ou de toute autre législation au même effet, notamment la Loi sur les normes du travail, il est réputé avoir été assuré sans interruption au cours de la période en cause si la décision rendue par l'arbitrage ou le tribunal compétent le rétablit dans ses droits et obligations d'employé. Les primes impayées, le cas échéant, sont alors payables dans les 31 jours qui suivent la date de décision finale de l'arbitre ou du tribunal.

**e) Grève ou lock-out**

En cas de grève ou lock-out, la garantie d'assurance maladie est maintenue en vigueur, avec paiement de primes, pour une période de 30 jours. Par la suite, s'il y a entente à cet effet entre le Preneur et l'Assureur, la participation aux garanties faisant l'objet de cette entente pourra être maintenue, avec paiement des primes.

Si la garantie d'assurance invalidité est maintenue en vigueur par le Preneur, le délai de carence pour une invalidité débutant pendant la grève ou le lock-out commence à la date de retour au travail. Le paiement des prestations d'invalidité, le cas échéant, ne débute qu'à l'expiration de ce délai.

Si la garantie n'est pas maintenue par le Preneur, celle-ci est remise en vigueur lors du retour au travail.

**6. Droit de transformation**

**a) Assurance vie de base de l'adhérent, assurance vie des personnes à charge et assurance vie facultative**

En cas de fin d'appartenance au groupe

Tout adhérent qui cesse de faire partie du groupe d'assurés avant l'âge de 65 ans et qui bénéficie d'un montant d'assurance vie d'au moins 10 000 \$ a le droit de transformer en tout ou en partie sa protection d'assurance sur la vie ou, le cas échéant, celle de ses personnes à sa charge, en une assurance individuelle sur la vie, sans avoir à justifier de son assurabilité ou de celle de ses personnes à charge.

Le montant d'assurance sur la vie de l'adhérent qui peut être transformé est d'au moins 10 000 \$ et ne peut excéder le moindre du montant de l'ensemble des protections d'assurance sur la vie qu'il détenait en vertu du présent contrat à la date de la transformation ou 400 000 \$.

De plus, chaque personne à charge qui bénéficie d'un montant de protection d'assurance vie d'au moins 5 000 \$ en vertu du présent contrat, le montant de protection d'assurance vie peut être transformé en un montant d'au moins 5 000 \$, sans excéder le montant d'assurance sur la vie de ces personnes à la date de la transformation ou 400 000 \$.

Ce droit peut être exercé par l'adhérent en faisant une demande écrite à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la date où l'adhérent cesse de faire partie du groupe d'assurés. La protection offerte par le présent contrat demeure en vigueur jusqu'au jour de sa transformation en une assurance individuelle, sans toutefois excéder le délai de 31 jours mentionné précédemment. Une diminution du montant d'assurance en raison de l'âge ou d'un changement de catégorie d'assurés n'ouvre pas droit à la transformation.

### À l'échéance du contrat

L'adhérent assuré depuis au moins 5 ans et qui bénéficie d'un montant de protection d'assurance vie d'au moins 10 000 \$, a le droit de transformer, en tout ou en partie, sa protection d'assurance sur la vie en une assurance individuelle sur sa vie dans les 31 jours de l'échéance du présent contrat s'il n'est pas remplacé ou si le contrat de remplacement prévoit un montant d'assurance moindre.

Le montant d'assurance pouvant être transformé est d'au moins 10 000 \$ ou 25 % du montant d'assurance sur la vie de l'adhérent à l'échéance du contrat, selon le plus élevé des deux.

Ce droit peut être exercé par l'adhérent en faisant une demande écrite à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la date de l'échéance du présent contrat, sans avoir à justifier de son assurabilité. Une diminution du montant d'assurance en raison de l'âge ou d'un changement de catégorie d'assurés n'ouvre pas droit à la transformation.

### Protections disponibles lors de la transformation

L'adhérent qui exerce son droit de transformation conformément aux dispositions précédentes a la possibilité d'obtenir une police d'assurance vie individuelle permanente ou temporaire, sans garantie accessoire, d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances et conforme à tout règlement d'application sur les assurances et à toutes lois applicables.

Les primes applicables aux produits d'assurance individuelle offerts lors de l'exercice du droit de transformation sont établies selon les modalités prévues à tout règlement d'application sur les assurances et à toutes lois applicables.

#### **b) Assurance maladie de l'adhérent**

Tout adhérent qui cesse d'être assuré aux termes de cette garantie parce qu'il cesse d'être admissible peut obtenir une police d'assurance maladie individuelle du genre alors émis par l'Assureur en faisant une demande écrite à l'Assureur dans les 31 jours qui suivent la date de terminaison de son admissibilité.

### c) **Assurance soins dentaires de l'adhérent**

Tout adhérent qui cesse d'être assuré aux termes de cette garantie parce qu'il cesse d'y être admissible peut obtenir une police d'assurance soins dentaires individuelle du genre alors émis par l'Assureur en faisant une demande écrite à l'Assureur dans les 31 jours qui suivent la date de terminaison de son admissibilité.

## **7. Prolongation de l'assurance des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent**

Au décès d'un adhérent, les garanties d'assurance indiquées au **Sommaire des garanties** sont prolongées pour les personnes à charge, sans paiement de prime, jusqu'à la première des dates suivantes :

- La date coïncidant avec la fin de la période indiquée au **Sommaire des garanties** qui suit immédiatement le décès de l'adhérent.
- La date à laquelle l'assurance vie des personnes à charge aurait pris fin n'eut été le décès de l'adhérent.
- La date de fin du contrat ou de la garantie.

Cependant, la prime additionnelle relative à la couverture des frais de médicaments pour une personne à charge qui atteint 65 ans au cours de cette période est aux frais de l'assuré.

## **8. Exonération des primes en cas d'invalidité totale**

### **Assurance vie de base, assurance vie des personnes à charge, assurance vie facultative, assurance en cas de mort ou mutilation accidentelles et assurance invalidité de longue durée**

Si avant l'âge de 65 ans, un adhérent est atteint d'invalidité totale alors que cette garantie est en vigueur, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration du délai indiqué au **Sommaire des garanties**, et ce, tant que dure l'invalidité totale. L'exonération des primes se termine à la première des dates suivantes :

- la fin de l'invalidité totale;
- la date du 65<sup>e</sup> anniversaire de l'adhérent;
- la date de retraite de l'adhérent.

## **9. Bénéficiaire**

Tout adhérent peut désigner un ou des bénéficiaires ou changer le ou les bénéficiaires déjà désigné sur déclaration écrite et déposée au siège social de l'Assureur. L'Assureur n'est pas responsable de la validité de tout changement de bénéficiaire. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier. Si, au moment du décès de l'adhérent, ce dernier n'a pas désigné de bénéficiaire par écrit, le montant d'assurance fait partie du patrimoine de l'adhérent.

## 10. Preuves d'invalidité

Lorsqu'un adhérent devient invalide tel que défini aux présentes, il doit faire parvenir, au siège social de l'Assureur, un avis avant l'expiration d'un délai de 30 jours du début de l'invalidité. De même, il devra fournir des preuves écrites de la maladie ou de l'accident dont il a été victime et de son invalidité avant l'expiration d'un délai de 90 jours du début de l'invalidité.

Les délais mentionnés sont de rigueur. Toutefois, s'il ne s'est pas écoulé plus de 12 mois depuis l'expiration des délais pour la présentation des preuves écrites et que l'adhérent prouve, à la satisfaction de l'Assureur, qu'il a été dans l'impossibilité d'agir plus tôt et dans ce cas seulement, l'adhérent ne perd pas le droit aux protections stipulées aux présentes.

Par la suite, les preuves de persistance de l'invalidité doivent être soumises chaque fois que l'Assureur le demande.

Dans le cas d'un différend entre l'adhérent et l'Assureur, l'adhérent doit fournir des preuves supplémentaires, et ce, aux frais de l'Assureur; le fait pour un adhérent de ne pas fournir lesdites preuves ou de ne pas se soumettre à un examen médical dans les 31 jours de la demande écrite, prive cet adhérent du droit de se prévaloir de tout privilège octroyé en vertu du présent contrat relativement à l'invalidité en cause pour la période s'étendant de la fin de ce délai de 31 jours jusqu'à la date de la réception effective par l'Assureur des preuves supplémentaires ou de l'examen médical demandé.

En aucun cas, le délai de présentation des preuves d'invalidité ne doit se prolonger au-delà de 12 mois après la date de terminaison du contrat.

## 11. Fin de l'assurance

**L'assurance de tout adhérent se termine à la première des dates suivantes :**

### a) Assurance vie

- La date de la fin du contrat ou de la garantie, sous réserve des dispositions prévues pour l'exonération des primes en cas d'invalidité totale.
- La date à laquelle l'adhérent termine son emploi, sous réserve des dispositions prévues pour l'exonération des primes en cas d'invalidité totale et le droit de transformation.
- La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des dispositions prévues pour l'exonération des primes en cas d'invalidité totale et le droit de transformation.
- La date de la réception, par l'Assureur, de l'avis écrit d'un adhérent qui désire mettre fin à son assurance en vertu de la garantie d'assurance vie facultative.
- La date de fin de l'assurance indiquée au **Sommaire des garanties** pour la garantie concernée.

*Pour un adhérent invalide :*

- La date de son 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance pour un adhérent devenu invalide avant l'âge de 65 ans.
- La date de terminaison du délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée, pour un adhérent devenu invalide à l'âge de 65 ans ou après et qui n'est pas de retour au travail à plein temps.

**b) Assurance maladies redoutées**

- La date de la fin du contrat ou de la garantie.
- La date à laquelle l'adhérent termine son emploi.
- La date à laquelle l'adhérent a reçu 100 % du montant d'assurance prévu au **Sommaire des garanties**.
- La date de fin de l'assurance indiquée au **Sommaire des garanties**.

**c) Assurance maladie**

- La date de la fin du contrat ou de la garantie, sous réserve des dispositions prévues pour le droit de transformation.
- La date à laquelle l'adhérent termine son emploi, sous réserve des dispositions prévues pour le droit de transformation.
- Dans le cas où la prime n'est pas payée, 30 jours après l'envoi d'un avis à cet effet par l'Assureur à la dernière adresse connue du Preneur, sous réserve des dispositions prévues pour le droit de transformation.
- La date de fin de l'assurance indiquée au **Sommaire des garanties**; sous réserve des dispositions applicables aux adhérents de 65 ans ou plus.

*Pour un adhérent invalide :*

- La date de son 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance pour un adhérent devenu invalide avant l'âge de 65 ans.
- La date de terminaison du délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée, pour un adhérent devenu invalide à l'âge de 65 ans ou après et qui n'est pas de retour au travail à plein temps.

**d) Assurance soins dentaires**

- La date de la fin du contrat ou de la garantie.
- La date à laquelle l'adhérent termine son emploi, sous réserve des dispositions prévues pour le droit de transformation.
- La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des dispositions prévues pour le droit de transformation.
- La date de fin de l'assurance indiquée au **Sommaire des garanties**.

*Pour un adhérent invalide :*

- La date de son 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance pour un adhérent devenu invalide avant l'âge de 65 ans.
- La date de terminaison du délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée, pour un adhérent devenu invalide à l'âge de 65 ans ou après et qui n'est pas de retour au travail à plein temps.

**e) Assurance invalidité de longue durée**

- La date de la fin du contrat ou de la garantie, sous réserve du Règlement général en application de la Loi sur les assurances.
- La date à laquelle l'adhérent termine son emploi, sous réserve des dispositions prévues pour l'exonération des primes en cas d'invalidité totale.
- La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des dispositions prévues pour l'exonération des primes en cas d'invalidité totale.
- La date de fin de l'assurance indiquée au **Sommaire des garanties**.

**L'assurance des personnes à charge se termine à la première des dates suivantes :**

**a) Assurance vie**

- La date de la fin de l'assurance de l'adhérent, sous réserve des dispositions prévues pour le droit de transformation et pour la prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent.
- La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge.
- La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée relativement aux personnes à charge, sous réserve des dispositions prévues pour le droit de transformation et la prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent.
- La date de la réception, par l'Assureur, de l'avis écrit d'un adhérent qui désire mettre fin à l'assurance de son conjoint en vertu de la garantie d'assurance vie facultative.
- La date de fin d'assurance indiquée au **Sommaire des garanties** pour la garantie concernée.

**b) Assurance maladie**

- La date de la fin de l'assurance de l'adhérent, sous réserve des dispositions prévues pour la prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent.
- La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge.
- La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée relativement aux personnes à charge, sous réserve des dispositions prévues pour le droit de transformation et la prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent.
- La date à laquelle l'adhérent change son statut de protection de telle sorte qu'une ou toutes ses personnes à charge ne sont plus admissibles à la présente garantie.

**c) Assurance soins dentaires**

- La date de la fin de l'assurance de l'adhérent, sous réserve des dispositions prévues pour la prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent.
- La date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge.
- La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée relativement aux personnes à charge, sous réserve des dispositions prévues pour le droit de transformation et la prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent.
- La date à laquelle l'adhérent change son statut de protection de telle sorte qu'une ou toutes ses personnes à charge ne sont plus admissibles à la présente garantie.

### 1. Assurance vie de l'adhérent

Au décès d'un adhérent, l'Assureur paie au bénéficiaire le montant d'assurance en vigueur à la date du décès, sous réserve des maximums et des réductions prévues au **Sommaire des garanties**.

### 2. Assurance vie du conjoint

Le montant payable au décès du conjoint est égal au montant en vigueur à la date du décès, sous réserve des montants indiqués au **Sommaire des garanties**.

### 3. Assurance vie des enfants à charge

Le montant payable au décès d'un enfant à charge est égal au montant en vigueur à la date du décès, sous réserve des montants indiqués au **Sommaire des garanties**.

### 4. Assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles de l'adhérent

Si un adhérent âgé de moins de 65 ans subit une des pertes énumérées au tableau suivant à la suite d'un accident, l'Assureur paie un montant d'assurance égal au pourcentage applicable à la perte subie, selon le montant d'assurance détenu par l'adhérent à ce moment. Le montant d'assurance est payable si la présente garantie est en vigueur au moment de la perte et que cette dernière survienne dans les 365 jours suivant la date de l'accident.

Toutefois, le montant maximal payable en vertu de la présente garantie est égal à 200 % du montant d'assurance de cette garantie dans les cas de paraplégie, de quadriplégie et d'hémiplégie et dans les autres cas, il est de 100 % du montant d'assurance de cette garantie pour l'ensemble des pertes relatives à un même accident. Le calcul du montant maximal d'assurance payable ne tient pas compte des prestations supplémentaires applicables.

<b>Perte</b>	<b>Pourcentage du montant d'assurance</b>
– Paraplégie, quadriplégie ou hémiplegie	200 %
– De la vie	100 %
– Des 2 mains, des 2 pieds ou de la vue des 2 yeux	100 %
– D'une main et d'un pied	100 %
– D'une main et de la vue d'un œil	100 %
– D'un pied et la vue d'un œil	100 %
– De l'ouïe des 2 oreilles et de la parole	100 %
– De tous les orteils d'un pied	100 %
– D'une jambe ou d'un bras	75 %
– D'une main ou d'un pied ou de la vue d'un œil	66,67 %
– De l'ouïe des 2 oreilles ou de la parole	66,67 %
– Du pouce et de l'index de la même main	33,33 %
– De l'ouïe d'une oreille	33,33 %

La quadriplégie signifie la paralysie complète et irrémédiable des 2 membres supérieurs et des 2 membres inférieurs, certifiée par un médecin et persistant pour une période continue d'au moins 365 jours avant que le montant d'assurance ne devienne payable.

La paraplégie signifie la paralysie complète et irrémédiable des 2 membres inférieurs, certifiée par un médecin et persistant pour une période continue d'au moins 365 jours avant que le montant d'assurance ne devienne payable.

L'hémiplegie signifie la paralysie complète et irrémédiable du membre supérieur et du membre inférieur du même côté du corps, certifiée par un médecin et persistant pour une période continue d'au moins 365 jours avant que le montant d'assurance ne devienne payable.

La perte de la vue d'un œil signifie la perte totale et irrémédiable de la vue de cet œil à laquelle aucune intervention chirurgicale ne pourrait remédier.

La perte d'un bras signifie soit la perte d'usage totale et définitive, soit la séparation complète à l'articulation du coude ou au-dessus.

La perte d'une jambe signifie soit la perte d'usage totale et définitive, soit la séparation complète à l'articulation du genou ou au-dessus.

La perte de la parole ou de l'ouïe signifie la perte totale et irrémédiable de la fonction à laquelle aucune intervention chirurgicale ne pourrait remédier.

La perte du pouce et de l'index de la même main signifie la séparation complète à la jointure entre le doigt et la main.

Le montant d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles est accordé sur une base de 24 heures par jour, que l'adhérent soit au travail ou non.



Avant d'accorder ce montant, l'Assureur a le droit de faire examiner l'adhérent, ou son corps, et demander, le cas échéant, qu'une autopsie soit pratiquée, à moins que la loi ne s'y oppose.

## **Prestations supplémentaires**

Les prestations suivantes peuvent être payables en supplément du montant de la prestation versé pour une des pertes prévues au tableau des pertes.

### **a) Réadaptation**

Si l'adhérent subit une perte pour laquelle une prestation est payable en vertu de la présente garantie, il peut avoir droit à des prestations de réadaptation, lesquelles sont sujettes à un montant maximal de 10 000 \$ par accident. L'adhérent doit faire une demande écrite à l'Assureur pour obtenir le remboursement des frais relatifs à un programme de réadaptation approuvé par l'Assureur. Les prestations sont payables à condition que :

- la perte rende l'adhérent incapable d'accomplir les principales fonctions de son emploi régulier;
- la perte force l'adhérent à entreprendre une formation afin de pouvoir exercer un emploi autre que son emploi régulier;
- les frais soient engagés dans les 3 ans suivant la date de l'accident et soient jugés nécessaires et raisonnables par l'Assureur.

### **b) Formation professionnelle du conjoint**

Si l'adhérent décède à la suite d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie, son conjoint peut avoir droit à des prestations supplémentaires pour entreprendre une formation professionnelle. Les prestations sont sujettes à un montant maximal de 10 000 \$. Le conjoint doit faire une demande écrite à l'Assureur pour couvrir les frais engagés dans le cadre d'un programme de formation professionnelle qui doit être reconnu par les autorités gouvernementales compétentes et être approuvé par l'Assureur. Ce programme doit permettre au conjoint d'exercer un emploi qu'il n'aurait pu occuper autrement.

Les frais doivent être engagés dans les 3 ans suivant la date du décès et être jugés nécessaires et raisonnables par l'Assureur.

### **c) Scolarité du conjoint et des enfants**

Si l'adhérent décède à la suite d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie, son conjoint et ses enfants assurés peuvent avoir droit à des prestations pour les frais de scolarité. Les prestations sont sujettes à un montant maximal de 5 000 \$ par année scolaire pour l'ensemble des frais engagée par le conjoint et les enfants. Les prestations sont payables pour une période maximale de 4 années consécutives.

Le conjoint doit faire une demande écrite à l'Assureur pour obtenir le paiement des frais de scolarité annuels et des manuels scolaires permettant au conjoint et aux enfants de poursuivre leurs études à temps plein dans un établissement d'enseignement postsecondaire. Les prestations sont payables à condition que :

- la personne assurée soit inscrite comme étudiant à temps plein dans un établissement postsecondaire au moment du décès de l'adhérent. Si tel n'est pas le cas, elle doit s'inscrire comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement postsecondaire dans les 365 jours suivant le décès de l'adhérent;
- la personne assurée fournisse une preuve à l'Assureur au début de chaque année scolaire pour attester de son statut d'étudiant à temps plein.

**d) Transport et hébergement des membres de la famille lors de l'hospitalisation de l'adhérent**

Si l'adhérent est hospitalisé à la suite d'une perte pour laquelle une prestation est payable en vertu de la présente garantie, il peut avoir droit à des prestations pour le transport et l'hébergement de membres de sa famille. Les prestations sont sujettes à un montant maximal de 10 000 \$ pour l'ensemble des membres de la famille de l'adhérent. La demande écrite de remboursement des frais de transport et d'hébergement qu'engagent les membres de la famille de l'adhérent pour le visiter pendant son hospitalisation doit être transmise à l'Assureur. Les prestations sont payables à condition que :

- le transport soit effectué par le chemin le plus direct vers l'hôpital;
- l'hôpital soit situé à au moins 150 km de la résidence de l'adhérent;
- l'adhérent soit sous les soins d'un médecin;
- les frais soient jugés nécessaires et raisonnables par l'Assureur.

**e) Rapatriement du défunt**

Si l'adhérent décède à la suite d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie et que le décès survienne à plus de 50 km du lieu de résidence de l'adhérent, les personnes ayant engagé les frais décrits ci-après peuvent en demander le remboursement en transmettant une demande écrite à l'Assureur. Les frais couverts sont sujets à un remboursement maximal de 10 000 \$ et doivent être jugés nécessaires et raisonnables par l'Assureur.

- les frais de préparation du corps de l'adhérent avant son transport;
- les frais de transport du corps de l'adhérent à son lieu de repos, y compris au salon funéraire, à proximité de son lieu de résidence.

**f) Transformation du domicile et du véhicule automobile de l'adhérent**

Si l'adhérent doit utiliser un fauteuil roulant de façon permanente à la suite d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie, l'adhérent peut avoir le droit à des prestations pour la transformation de son domicile et de son véhicule automobile. Les prestations sont sujettes à un montant maximal de 10 000 \$. L'adhérent doit faire une demande écrite à l'Assureur pour obtenir le remboursement des frais suivants :

- les frais de transformation de sa résidence principale pour qu'elle devienne accessible et habitable en fauteuil roulant;
- les frais de transformation de son véhicule automobile afin que l'adhérent puisse y accéder en fauteuil roulant et le conduire lui-même.

Les frais doivent être engagés dans les 365 jours suivant la date de l'accident et être jugés nécessaires et raisonnables par l'Assureur.

La transformation du domicile ou du véhicule automobile doit être effectuée par des personnes ou des entreprises spécialisées dans le domaine. Ces personnes ou entreprises doivent avoir été recommandées par écrit par un organisme reconnu fournissant un soutien aux personnes se déplaçant à l'aide d'un fauteuil roulant. De plus, la transformation du véhicule automobile doit être approuvée par les autorités provinciales compétentes.

**g) Accident impliquant un véhicule moteur**

Si l'adhérent subit une perte à la suite d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie et que cet accident est survenu alors que l'adhérent conduisait ou occupait un véhicule moteur, il peut recevoir des prestations supplémentaires correspondant à 10 % du montant de prestation prévu au tableau des pertes de la présente garantie. Les prestations sont payables à condition que :

- le conducteur conduisait prudemment au moment de l'accident;
- l'adhérent portait sa ceinture de sécurité au moment de l'accident;
- le permis de conduire du conducteur du véhicule moteur était en règle au moment de l'accident.

**h) Garderie**

Si l'adhérent décède à la suite d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie et que ses enfants fréquentent alors une garderie ou un service de garde en milieu scolaire, ou qu'ils y sont inscrits dans les 365 jours suivant le décès de l'adhérent, la personne qui engage les frais de garde peut avoir droit à des prestations supplémentaires. Une demande écrite doit être transmise à l'Assureur et doit être accompagnée des reçus émis pour les frais de garde. De plus, les frais doivent être jugés nécessaires et raisonnables par l'Assureur.

Les prestations sont sujettes à un montant maximal de 5 000 \$ par enfant, par année civile, et sont payables pour une période maximale de 4 années consécutives et seulement pour les enfants de moins de 13 ans. Le remboursement des frais est basé sur les montants indiqués sur les reçus pour frais de garde.

**Exclusions et réduction**

Cette garantie ne s'applique pas et aucun montant d'assurance n'est payable à l'adhérent si la perte subie survient dans les cas suivants :

- a) Alors qu'il exerce toute fonction de l'équipage d'un aéronef ou qu'il exerce une fonction quelconque se rapportant au vol.
- b) En raison d'une guerre déclarée ou non ou de sa participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- c) En raison d'une tentative de suicide ou du suicide de l'adhérent ou d'une blessure ou d'une mutilation que l'adhérent s'est volontairement infligée, qu'il soit sain d'esprit ou non.
- d) Lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel, y compris le fait de conduire un véhicule, bateau ou aéronef, avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident ou est sous l'effet de drogue, ou de médicaments pris sans prescription médicale ou non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.

- e) Pour une condition survenue alors que l'adhérent est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays.
- f) En raison d'une maladie se manifestant lors d'un accident, mais ne résultant pas de cet accident.
- g) À la suite d'un traitement médical ou dentaire, d'une intervention chirurgicale ou d'une anesthésie.

## 5. Assurance vie facultative

### a) **Montant d'assurance**

Le montant d'assurance payable au décès d'un assuré qui s'est prévalu de cette option est celui détenu au moment du décès, sous réserve des montants indiqués au **Sommaire des garanties**.

L'adhérent ne peut se prévaloir de cette option pour son conjoint ou ses enfants à charge si ceux-ci ne sont pas assurés en vertu de la garantie d'assurance vie de base du conjoint ou des enfants à charge. De plus, un adhérent qui est totalement invalide ne peut se prévaloir de cette option pour lui-même, son conjoint ou ses enfants à charge. Dans ce dernier cas, l'adhérent pourra se prévaloir de cette option lors de son retour au travail actif.

### b) **Preuves d'assurabilité**

Cette protection est sujette à ce que les preuves d'assurabilité, requises et fournies par la personne concernée au moment de l'adhésion et à l'addition pour l'assuré d'une nouvelle unité d'assurance vie facultative, soient jugées satisfaisantes par l'Assureur. Toute fausse déclaration ou réticence de la part de la personne concernée peut entraîner la nullité de cette garantie pour cette personne.

### c) **Exclusion, restrictions et réduction de la garantie**

La garantie d'assurance vie facultative ne s'applique pas si l'assuré meurt par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide au cours des 12 premiers mois qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie, de sa remise en vigueur ou de toute augmentation du montant de la garantie, qu'il soit sain d'esprit ou non lors du suicide ou de la tentative de suicide. L'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est nulle et sans effet et la responsabilité de l'Assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

## 6. Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale

Un adhérent invalide dont l'espérance de vie est d'au plus 12 mois et qui bénéficie de la clause d'exonération des primes en cas d'invalidité totale pour la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent peut obtenir le paiement d'une prestation anticipée en présentant une demande écrite à l'Assureur, accompagnée des preuves médicales appropriées et de l'acceptation écrite du bénéficiaire si celui-ci est désigné irrévocable.

La somme des montants versés est limitée à 50 % du montant d'assurance vie (base et facultative) de l'adhérent, sans excéder 50 000 \$.

Le montant d'assurance vie servant à calculer la prestation exclut tout montant ou toute fraction de montant prenant fin selon les dispositions du contrat au cours des 24 mois suivant la date de la demande et ne pouvant être remplacé par une autre garantie.

Lors du décès de l'adhérent, le montant payable par l'Assureur est réduit du montant payé à titre de prestation anticipée, accumulé avec intérêt. Le taux d'intérêt utilisé pour calculer le paiement final dans une année donnée correspond au taux des obligations du Canada 5-10 ans tel que publié dans la revue mensuelle de la Banque du Canada (série V121757) au 31 décembre précédent arrondi au  $\frac{1}{4}$  de 1 % supérieur.

L'Assureur n'assume aucune responsabilité quant au traitement fiscal de la prestation. De plus, les avantages prévus cessent à la terminaison du contrat, même pour les adhérents exonérés du paiement des primes.

### 1. Protection pour l'adhérent

L'Assureur paie le pourcentage indiqué ci-dessous du montant d'assurance et selon les conditions énoncées, lorsqu'un médecin procède à une intervention chirurgicale couverte par la garantie ou qu'un diagnostic conforme aux descriptions ci-après d'une maladie grave couverte par la garantie est posé par un médecin pour la première fois. Les prestations payables sont limitées à 100 % du montant d'assurance à vie pour l'ensemble des interventions chirurgicales et maladies concernées relativement à chaque assuré.

Le montant de prestations est payable uniquement si l'assuré survit à une période de 30 jours suivant immédiatement la date de l'intervention chirurgicale ou de la date du diagnostic de la maladie couverte et pour autant que le diagnostic demeure inchangé tout au long de cette période.

De plus, l'assurance doit être en vigueur à la date du diagnostic ou de l'intervention chirurgicale, selon le cas, pour que la prestation soit payable. Toutefois, lorsque la maladie grave ou l'intervention chirurgicale découle directement d'un accident, la date de l'accident fait foi de l'assurance.

#### - **Montant d'assurance**

Le montant d'assurance payable est indiqué au **Sommaire des garanties**.

#### - **Interventions chirurgicales et maladies donnant droit à prestation**

#### **Prestation de 100 % du montant d'assurance**

- a) **SCLÉROSE EN PLAQUES** : désigne le diagnostic sans équivoque, posé par un médecin neurologue, d'au moins deux épisodes d'anomalies neurologiques bien définies dont l'une a été d'une durée d'au moins six mois consécutifs, et confirmé par des techniques modernes d'imagerie.
- b) **DYSTROPHIE MUSCULAIRE** : désigne le diagnostic sans équivoque et définitif posé par un médecin dûment qualifié, d'une atteinte suffisamment sévère qu'elle a empêché l'assuré de vaquer aux activités habituelles d'une personne du même âge pendant au moins 6 mois. Le diagnostic doit être confirmé par une électromyographie et une biopsie musculaire.
- c) **PARALYSIE** : désigne un diagnostic de perte totale et permanente de l'usage de deux membres ou plus, à la suite d'une paralysie physique ayant persisté pendant une période continue de 180 jours ou plus sans interruption.
- d) **MALADIE D'ALZHEIMER** : désigne le diagnostic d'une maladie neurodégénérative progressive posé par un médecin neurologue ou gériatre. L'assuré doit présenter une diminution des facultés intellectuelles, notamment en ce qui a trait à la mémoire et au jugement résultant en des facultés mentales ainsi qu'une capacité de fonctionner en société tellement réduites qu'elle doit faire l'objet d'une surveillance constante. Les autres syndromes cérébraux organiques et les troubles psychiatriques sont explicitement exclus.
- e) **MALADIE DE PARKINSON** : désigne le diagnostic de maladie de Parkinson idiopathique et dégénératrice posé par un médecin neurologue et présentant plusieurs des caractéristiques

suivantes : rigidité, tremblements, akinésie. Tous les autres types de Parkinsonisme sont spécifiquement exclus.

- f) MALADIE DES MOTONEURONES : désigne le diagnostic sans équivoque d'une des maladies suivantes : sclérose latérale amyotrophique (ALS ou maladie de Lou Gehrig); sclérose latérale primaire; atrophie spinale progressive; paralysie bulbaire progressive; paralysie pseudo bulbaire.
- g) CÉCITÉ : désigne la perte totale et irréversible de la vision des deux yeux, confirmée par un médecin ophtalmologiste. L'acuité visuelle corrigée doit être plus faible que 20/200 ou les champs visuels doivent être de moins de 20 degrés, et ce, dans les deux yeux.
- h) INFECTION ACCIDENTELLE PAR LE VIH DANS L'EXERCICE DE SES FONCTIONS (**pour les résidents du Québec seulement**) : désigne une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) survenant après la date de prise d'effet de la garantie, découlant d'un accident ou d'une blessure se produisant au Canada durant l'exercice des fonctions normales de l'occupation de l'assuré, exposant celui-ci à du sang ou d'autres fluides corporels contaminés par le VIH.

Tout accident ou blessure pouvant entraîner une infection par le VIH doit être rapportée à l'Assureur dans les 14 jours après l'événement. Des prélèvements sanguins obtenus dans les 14 jours après l'événement doivent confirmer que l'assuré est alors négatif pour le VIH. Entre 3 et 6 mois après l'événement, des tests sanguins doivent confirmer que l'assuré est alors positif pour le VIH.

L'Assureur doit avoir accès à un test indépendant de tous les échantillons de sang prélevés et a le droit d'exiger tout autre prélèvement de sang qu'il juge nécessaire.

L'accident doit être rapporté, enquêté et documenté selon les procédures établies pour l'occupation en question.

Exclusions de la garantie :

Toute infection au VIH résultant de ou transmise par toute autre cause incluant, de façon non limitative, une activité sexuelle ou l'usage de drogues, est spécifiquement exclue de la garantie.

De plus, la prestation n'est pas payable si l'assuré avait refusé d'utiliser tout vaccin offrant une protection contre le VIH devenu disponible avant l'accident ou la blessure.

Par ailleurs, si un traitement curatif pour le SIDA devenait disponible après la date de prise d'effet de la garantie, la présente protection pour infection accidentelle par le VIH deviendra nulle et sans effet, de plein droit, à compter de la date de disponibilité de ce traitement.

### **Prestation de 50 % du montant d'assurance**

- a) ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL : désigne tout traumatisme vasculaire cérébral produisant des séquelles neurologiques considérées permanentes et résultant en une paralysie ou autres déficits neurologiques mesurables persistant pendant au moins 30 jours suivant le traumatisme. Sont exclus, les accidents ischémiques et l'insuffisance vertébrobasilaire.
- b) INSUFFISANCE RÉNALE : désigne le diagnostic d'une insuffisance permanente et irréversible des deux reins et nécessitant un traitement régulier par hémodialyse ou dialyse péritonéale.
- c) BRÛLURES GRAVES : désigne un diagnostic par un médecin qui est un chirurgien plasticien diplômé, de brûlures au troisième degré couvrant au moins 20 % du corps.

- d) **TRANSPLANTATION D'UN ORGANE VITAL** : désigne la mise en place par chirurgie dans le corps de l'assuré, à la suite de l'altération irréversible de sa fonction, d'un des organes vitaux suivants, prélevé du corps d'un donneur convenable selon les pratiques médicales généralement reconnues : le coeur, le foie, la moelle osseuse excluant toutefois l'autogreffe, les deux poumons, les deux reins, le pancréas.

### **Prestation de 35 % du montant d'assurance**

- a) **INFARCTUS DU MYOCARDE** : désigne la mort d'une partie du muscle cardiaque en raison d'un blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires. Le diagnostic doit être posé à la suite d'une attaque spécifique présentant une élévation des enzymes cardiaques et des changements nouveaux à l'électrocardiogramme confirmant le diagnostic d'un infarctus du myocarde.
- b) **CANCER** : désigne le diagnostic de tumeur maligne caractérisée par le développement et la propagation incontrôlés de cellules malignes qui envahissent les tissus.

Cette garantie ne couvre pas les formes de cancer suivantes :

- Tout type de cancer classifié TX, TO ou Tis (in situ) selon la classification TNM; pour le cancer de la prostate, la classification T1N0M0 est aussi exclue.
  - Lésions précancéreuses, tumeurs bénignes ou polypes.
  - Tout type de cancer de la peau, sauf le mélanome malin invasif atteignant le derme ou se développant plus en profondeur.
  - Toute tumeur en présence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).
  - Tout diagnostic de cancer posé dans les 90 premiers jours suivant le début de l'assurance de l'assuré ou si des signes, symptômes ou problèmes se manifestent durant cette période.
- c) **COMA** : désigne le diagnostic, confirmé par un médecin neurologue, d'un état profond d'inconscience duquel l'assuré ne peut émerger et ayant persisté de façon continue pendant au moins 96 heures, et pour lequel toute stimulation extérieure ne provoque que des réponses réflexes d'évitement primitives.
- d) **PONTAGE CORONARIEN** : désigne une intervention chirurgicale recommandée par un médecin interniste ou cardiologue et pratiquée par un médecin chirurgien afin de corriger le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen de pontages par greffe ou anastomose. Cette garantie ne couvre pas les techniques non chirurgicales telles l'angioplastie à ballonnet, le soulagement d'une occlusion par laser ou toute autre technique sans pontage ou anastomose.

### **Prestation de 25 % du montant d'assurance**

- a) **SURDITÉ** : désigne le diagnostic de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, pour laquelle le seuil auditif est de plus de 90 décibels, confirmé par un médecin oto-rhino-laryngologiste.
- b) **PERTE DE LA PAROLE** : désigne le diagnostic de la perte totale, permanente et irréversible de la parole, résultant de dommages corporels ou d'une maladie. Des preuves médicales attestant qu'il y a eu perte de la parole pendant 365 jours consécutifs doivent être fournies au moment du diagnostic pour avoir droit à l'indemnité.



## **2. Exclusions et réduction – Assurance maladies redoutées**

Les situations suivantes sont exclues de la garantie d'assurance maladies redoutées et ne donnent droit à aucune prestation :

- Diagnostic de cancer posé dans les 90 premiers jours suivant le début de l'assurance de l'assuré.
- Blessures que l'assuré s'est infligées volontairement ou résultant d'une tentative de suicide, que l'assuré soit sain d'esprit ou non.
- Blessure ou maladie contractée lors de l'accomplissement d'un acte criminel.
- Blessure ou maladie contractée alors que l'assuré conduit un véhicule, bateau ou aéronef, sous l'effet de l'alcool, de drogue ou de médicaments pris conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.
- Toute condition résultant directement ou indirectement d'un abus d'alcool, d'utilisation de drogue ou de prise de médicaments non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.
- Blessure ou maladie découlant d'une guerre déclarée ou non, d'une émeute, d'un attentat ou d'une insurrection réelle ou appréhendée.
- Toute condition pour laquelle l'assuré a refusé ou négligé de suivre les traitements appropriés à son état.
- Toute condition survenue alors que l'assuré est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays.
- Si l'assuré décède dans les 30 jours suivant la date du diagnostic ou de l'intervention assurés.

## **3. Conditions préexistantes**

Aucune prestation n'est payable pour une intervention chirurgicale ou le diagnostic d'une maladie grave découlant directement ou indirectement d'une condition pour laquelle l'assuré a reçu des traitements ou consulté un médecin au cours des deux années précédant la date du début de son assurance. Cette exclusion s'applique pour une période de deux ans après la date du début de son assurance.

## **4. Preuves et examens**

Les preuves requises doivent être présentées à la satisfaction de l'Assureur dans les 90 jours de la date où l'intervention chirurgicale ou la maladie rencontre les conditions stipulées dans la présente garantie, à défaut de quoi aucune prestation n'est payable. L'Assureur peut en tout temps faire examiner, par un médecin de son choix, l'assuré pour lequel une demande de prestations lui est présentée.

## **5. Paiement de l'assurance**

Les prestations sont basées sur le montant d'assurance en vigueur au moment du diagnostic ou de l'intervention chirurgicale relativement à l'assuré en cause. Les prestations sont payables à l'adhérent.

## GARANTIE D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Sur réception et approbation par l'Assureur des preuves établissant qu'un adhérent assuré en vertu du présent contrat est devenu invalide, tel que défini aux présentes, et après expiration du délai de carence indiqué au **Sommaire des garanties** ou du paiement des prestations d'assurance invalidité de courte durée, selon la première éventualité, l'Assureur verse à cet adhérent des prestations mensuelles dont le montant est déterminé ci-après.

### 1. Période maximale de prestations

Le premier versement de prestations est payable à compter du 31<sup>e</sup> jour suivant l'expiration du délai de carence et les versements suivants sont effectués mensuellement par la suite.

De plus, le droit aux prestations cesse à la première des éventualités suivantes :

- a) La date de fin de l'assurance indiquée au **Sommaire des garanties**.
- b) La date à laquelle l'invalidité totale prend fin.
- c) La date à laquelle l'adhérent fait défaut de produire des preuves jugées satisfaisantes de la persistance de son invalidité à l'Assureur.
- d) La date à laquelle l'adhérent refuse de se soumettre à un examen médical tel que demandé par l'Assureur.
- e) La date de décès de l'adhérent.

### 2. Calcul des prestations

#### **Réduction des revenus provenant de toutes sources**

Le montant de prestations correspond au pourcentage du salaire indiqué au **Sommaire des garanties**, sous réserve des maximums prévus à ce même sommaire, et ce montant est réduit de la somme des montants suivants :

- a) Les prestations d'invalidité payables en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, et ce, avant tout partage ou retenue de quelque nature que ce soit. Un adhérent invalide qui a droit à des prestations d'invalidité de la Régie des rentes du Québec et qui demande sa rente de retraite de la Régie est présumé recevoir les prestations d'invalidité qu'il aurait reçues s'il en avait fait la demande ou qu'il aurait continué de recevoir s'il n'avait pas demandé sa rente de retraite.
- b) Les prestations d'invalidité payables en vertu de la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles ou de la Loi sur l'assurance automobile du Québec.
- c) Les prestations, indemnités ou revenus reçus par l'adhérent qui proviennent de l'employeur; d'un régime de retraite de l'employeur actuel ou de tout employeur antérieur, à l'exception des sommes provenant d'un régime de retraite que l'adhérent recevait avant le début de son invalidité.

L'adhérent qui a droit à des prestations en vertu de ces sources doit en faire la demande auprès de l'organisme concerné ou prouver à l'Assureur que sa demande a été refusée. Sinon, l'Assureur estime et déduit des prestations d'invalidité le montant des prestations qui auraient été payables à l'adhérent s'il en avait fait la demande. Cette disposition ne s'applique cependant pas aux revenus de retraite provenant du Régime de pensions du Canada, du Régime de rentes du Québec ou d'un régime de retraite de l'employeur.

Le calcul du montant des prestations exclut les sommes suivantes :

- les prestations ou rentes payables aux enfants à charge de l'adhérent en raison de son invalidité;
- toute augmentation des revenus des sources mentionnées précédemment qui résulte de l'indexation au coût de la vie.

### **Maximum des revenus provenant de toutes sources**

La somme des prestations d'assurance invalidité décrites ci-dessus et des revenus initiaux provenant d'autres sources ne peut excéder le pourcentage du salaire de l'adhérent au début de son invalidité, lequel pourcentage est indiqué au **Sommaire des garanties**.

Si le total des revenus suivants excède le pourcentage prévu au Sommaire, le montant des prestations sera réduit de l'excédent :

- a) Les prestations d'invalidité payables en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ou de toute autre législation similaire ou au même effet.
- b) Les prestations d'invalidité payables en vertu de la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou toute autre législation similaire ou au même effet.
- c) Tout montant payable en vertu de la Loi de l'indemnisation des victimes d'actes criminels.
- d) Les prestations d'invalidité payables en vertu du Régime de rentes du Québec et du Régime de pensions du Canada (montant initial seulement). Un adhérent invalide qui a droit à des prestations d'invalidité de la Régie des rentes du Québec et qui demande sa rente de retraite de la Régie est présumé recevoir les prestations d'invalidité qu'il aurait reçues s'il en avait fait la demande ou qu'il aurait continué de recevoir s'il n'avait pas demandé sa rente de retraite.
- e) Les prestations d'invalidité payables en vertu de toute autre loi à caractère social et de tout autre régime d'assurance collective privé ou public, y compris tout régime supplémentaire de rente auquel l'employeur contribue ou auquel a contribué tout employeur antérieur.
- f) Toute rémunération reçue de l'employeur, à l'exception des sommes reçues dans le cadre d'un programme de réadaptation.

Si l'adhérent reçoit des revenus ou prestations d'autres sources sous forme d'un montant forfaitaire, ce dernier est divisé par le nombre de mois pour lequel il est payable. Le montant mensuel obtenu est inclus dans le calcul des prestations d'invalidité payables par la présente garantie. Si le montant forfaitaire s'applique à des mois pour lesquels l'Assureur a déjà versé des prestations d'invalidité, un nouveau calcul du montant des prestations sera alors effectué et l'Assureur pourra alors récupérer les prestations versées en trop à l'adhérent sur les prestations futures, le cas échéant. Sinon, la portion mensuelle du montant forfaitaire sera considérée comme un revenu d'autres sources pour le calcul des prestations d'invalidité futures.

### **3. Retour progressif au travail**

L'Assureur doit préalablement approuver toute période de retour progressif au travail, tant par rapport à sa durée que par rapport au temps de travail mensuel.

Durant la période de retour progressif au travail, les prestations d'assurance invalidité sont réduites du pourcentage que représente le temps de travail que l'adhérent effectue normalement chaque mois de cette période par rapport au temps de travail que l'adhérent effectuait normalement chaque mois avant de devenir totalement invalide.

#### **4. Programme de réadaptation**

En cas d'invalidité totale, l'adhérent doit accepter de participer de bonne foi à tout programme de réadaptation approuvé et supervisé par l'Assureur.

Si le revenu de l'adhérent, provenant de la rente de réadaptation ainsi que de la rémunération du travail accompli au cours du programme de réadaptation, excède 100 % du salaire mensuel payable au début de l'invalidité totale, la rente de réadaptation est réduite de cet excédent. Le salaire mensuel est net si la prestation est non imposable ou brut si la prestation est imposable.

#### **5. Montant forfaitaire payable lors du décès d'un adhérent invalide**

Lors du décès d'un adhérent invalide, un montant forfaitaire équivalent aux 3 derniers mois de prestations payées à l'adhérent est versé à son bénéficiaire désigné ou à sa succession, s'il n'y a pas de bénéficiaire désigné au moment du décès de l'adhérent. Ce montant est toutefois réduit de toute somme que l'Assureur aurait pu verser en trop à l'adhérent pendant la période d'invalidité totale.

#### **6. Exclusions, restrictions et réduction de la garantie**

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie si l'invalidité totale résulte directement ou indirectement, partiellement ou totalement, d'une des causes suivantes :

- a) Une guerre déclarée ou non ou de la participation active de l'adhérent à une émeute ou à une insurrection.
- b) Une blessure ou une mutilation que l'adhérent s'est infligée volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non.
- c) La participation de l'adhérent à un acte criminel ou réputé tel, y compris le fait de conduire un véhicule, bateau ou aéronef lorsque l'adhérent :
  - a un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident; ou
  - est sous l'effet de drogue, ou de médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.
- d) Une cessation de travail pour subir une chirurgie plastique effectuée uniquement à des fins esthétiques, à moins qu'elle ne s'avère nécessaire à la suite d'une maladie ou d'une blessure.
- e) Une condition survenue alors que l'adhérent est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays.
- f) En raison d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu compulsif, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité pendant laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa désintoxication ou de sa réadaptation auprès d'un établissement, d'un organisme ou d'une institution spécialisés à cet effet.

De plus, aucune prestation d'invalidité n'est payable dans les circonstances suivantes :

- a) Durant un congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou un congé de maternité accordé par l'employeur; ledit congé est réputé débuter à la date prévue du départ ou à la date de l'accouchement, selon la première éventualité.

- b) Durant toute période pendant laquelle l'adhérente reçoit des prestations de maternité en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi ou de la Loi sur l'assurance parentale.
- c) Durant toute période d'invalidité pendant laquelle l'adhérent n'est pas sous les soins d'un médecin.
- d) Durant toute période pendant laquelle l'adhérent exerce une occupation rémunératrice, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation.
- e) Durant toute période pendant laquelle l'adhérent refuse de participer à un programme de réadaptation ou d'exercer un emploi de réadaptation que l'Assureur juge approprié.
- f) Durant toute période pendant laquelle l'adhérent a droit à des prestations d'assurance invalidité de courte durée.
- g) Après la date de fin d'emploi prévue au contrat de travail d'un employé contractuel.

## **7. Supplément aux prestations d'assurance-emploi ou d'assurance parentale en raison d'une grossesse**

Lorsqu'une adhérente autrement admissible à des prestations est visée par l'exclusion énoncée plus haut concernant les congés de maternité et qu'elle reçoit des prestations d'assurance-emploi ou d'assurance parentale en raison d'une grossesse, l'Assureur verse un supplément calculé comme étant la différence entre le montant des prestations d'assurance-emploi ou d'assurance parentale et le montant auquel elle aurait eu droit si l'exclusion concernant les congés de maternité ne s'était pas appliquée.

## GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement engagés et justifiés par la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels de la région, tels que décrits ci-dessous.

### **Franchise annuelle**

La franchise peut s'appliquer de différentes façons sur les frais décrits ci-dessous. Veuillez consulter le **Sommaire des garanties** pour connaître l'option retenue.

**Seuls les services et fournitures indiqués au Sommaire des garanties sont couverts**, selon la coassurance et les maximums indiqués à ce même sommaire, après déduction de toute franchise applicable.

Les frais admissibles en vertu des clauses indiquées à ce sommaire sont décrits dans le présent article.

Les services et fournitures décrit ci-après doivent être médicalement requis et nécessaires au traitement de l'assuré.

Si l'option de « Service de paiement automatisé direct ou différé » est retenue, l'assuré peut se servir d'une carte de paiement automatique pour l'achat de médicaments, selon le mode de paiement indiqué au **Sommaire des garanties**.

### **1. Hospitalisation et hébergement en centre spécialisé**

#### **a) Centre hospitalier au Canada**

L'Assureur rembourse les frais d'hospitalisation engagés au Canada et excédant les frais payables par tout régime étatique d'assurance, sans limite quant au nombre de jours, pourvu que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance.

#### **b) Centre d'hébergement et de soins de longue durée**

Les frais d'occupation d'une chambre dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou dans un centre hospitalier si l'assuré reçoit des soins de longue durée, et excédant les frais payables par tout régime étatique d'assurance, pourvu que l'occupation ait débuté en cours d'assurance. Cependant, les frais d'aide aux activités de la vie quotidienne sont exclus.

#### **c) Centre de réadaptation et maison de convalescence**

Les frais d'occupation d'une chambre, repas compris, pendant au moins 12 heures consécutives, dans une maison de convalescence au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et excédant les frais payables par tout régime étatique d'assurance, pourvu que l'assuré soit admis dans un tel centre moins de 14 jours après la fin de son hospitalisation et que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance.

## **Assurance voyage**

(Voir description de la garantie à la fin de la brochure.)

## **Assurance annulation de voyage**

(Voir description de la garantie à la fin de la brochure.)

## **2. Médicaments**

### **Frais admissibles**

La présente garantie couvre les services pharmaceutiques et les médicaments prévus par les garanties du Régime général d'assurance médicaments, tel qu'établi en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., c. A-29.01).

Toutefois, ces services et médicaments ne sont pas couverts dans le cas d'un adhérent âgé de 65 ans ou plus et ses personnes à charge ou dans le cas d'une personne à charge de 65 ans ou plus, à moins que l'adhérent n'en ait fait la demande, selon ce qui est prévu à l'article « Dispositions applicables aux adhérents de 65 ans ou plus ».

De plus, sous réserve des exclusions ci-après, sont couverts les médicaments autres que ceux mentionnés au paragraphe précédent, inclus dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques portant un code d'identification numérique (DIN), vendus par un pharmacien ou un médecin dûment autorisé et qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance d'un professionnel de la santé légalement autorisé. Les médicaments obtenus sur ordonnance médicale et dont l'indication thérapeutique est spécifiquement reliée au traitement des conditions pathologiques suivantes sont également couverts :

- troubles cardiaques;
- troubles pulmonaires;
- diabète;
- arthrite;
- maladie de Parkinson;
- épilepsie;
- fibrose kystique;
- glaucome.

### **Fournitures pour les personnes diabétiques**

Les frais pour les bâtonnets réactifs et seringues pour le traitement du diabète.

### **Injections sclérosantes**

Les frais pour la substance utilisée pour les injections sclérosantes médicalement requises et administrées par un médecin.

### **Substitution générique obligatoire**

Seuls les frais pour l'achat du produit générique le moins cher équivalent au médicament prescrit sont admissibles, et ce, même si le médecin indique la mention « Aucune substitution » sur l'ordonnance.

Si l'assuré désire obtenir le médicament d'origine ou un autre générique, il devra obtenir le formulaire prévu à cet effet, disponible auprès de l'Assureur ou de l'administrateur de son régime, et le faire remplir par son médecin qui devra indiquer les contre-indications médicales à l'achat du générique le moins cher. L'assuré devra ensuite transmettre ce formulaire à l'Assureur pour analyse. Les renouvellements de prescriptions pour les médicaments ayant reçu une approbation seront par la suite acceptés par le système de transmission électronique de l'Assureur. Le formulaire médical n'aura pas à être rempli à nouveau.

### **Ticket modérateur**

Si cette option est retenue au **Sommaire des garanties**, le ticket modérateur représente la partie des frais admissibles que l'adhérent doit payer pour chaque médicament ou services pharmaceutiques pour lequel des frais ont été engagés. Le montant du ticket modérateur est indiqué au **Sommaire des garanties**.

### **Exclusions, restrictions et réduction de la garantie**

La présente garantie ne couvre pas les frais engagés pour les médicaments, produits ou services suivants, **sauf s'ils sont prévus au Sommaire des garanties pour la classe de personnes admissibles à laquelle l'adhérent appartient** :

- a) les vaccins préventifs;
- b) les produits considérés comme étant des substituts de nourriture, les produits cosmétiques, savons, huiles de teint, émoullients épidermiques, shampoings et autres produits pour le cuir chevelu;
- c) les substances ou aliments diététiques et les produits contre l'obésité;
- d) les médicaments homéopathiques;
- e) les médicaments administrés principalement à titre préventif. Aux fins de cette exclusion, un médicament servant à stabiliser ou régulariser un état pathologique diagnostiqué par un médecin n'est pas considéré être administré sur une base préventive;
- f) les produits contre la calvitie, les rides ou tout autre traitement administré principalement à des fins esthétiques;
- g) les produits antitabac non couverts par le Régime général d'assurance médicaments;
- h) les médicaments ou substances servant au traitement de l'infertilité ou de l'impuissance non couverts par le Régime général d'assurance médicaments;
- i) toute substance utilisée dans le but d'insémination, gelées et mousses à but contraceptif;
- j) les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation;
- k) les traitements ou médicaments de nature expérimentale.

De plus, l'Assureur peut refuser le remboursement d'un médicament qui est prescrit pour une condition autre que celles visées par les indications thérapeutiques du fabricant ou de façon non conforme à la pratique courante de la médecine. L'Assureur peut entre autres exiger un diagnostic médical et limiter le remboursement à un maximum raisonnable.

Enfin, advenant l'approbation par Santé Canada d'un nouveau médicament pouvant affecter le coût de la garantie de façon importante, l'Assureur se réserve le droit, avec le consentement du Preneur, d'exclure ledit médicament de la garantie s'il ne fait pas partie de la liste de la Régie de l'assurance-maladie du Québec ou de modifier la prime à compter de la date de l'approbation.



### 3. Soins oculaires

Les frais pour un examen de la vue effectué par un ophtalmologiste ou d'un optométriste.

Les frais pour l'achat de lunettes ou de verres de contact sur recommandation d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste ainsi que des frais relatifs à une chirurgie au laser effectuée par un ophtalmologiste, membre du Collège des médecins du Québec, dans le but de corriger la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et la presbytie.

Sont également couverts les verres de contact spéciaux pour permettre à l'assuré d'obtenir une acuité visuelle d'au moins 20/40 s'il ne peut l'obtenir avec des lunettes.

L'achat de lunettes ou de verres de contact sur recommandation d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste à la suite d'une chirurgie pour cataracte.

Les frais pour les exercices optiques.

### 4. Professionnels de la santé

Les frais engagés pour une consultation ou un traitement avec un des professionnels de la santé suivants sont remboursés selon le pourcentage de remboursement et les maximums indiqués au **Sommaire des garanties**, après déduction de la franchise annuelle applicable, s'il y a lieu, prévue à ce même sommaire.

Les services rendus doivent l'être par un professionnel dûment autorisé par les lois gouvernementales et membre en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative ou, à défaut d'un tel ordre, d'une association reconnue par l'Assureur.

Enfin, l'assuré ne peut recevoir ou avoir plus d'un traitement ou d'une consultation par jour avec un même professionnel de la santé, et ce, peu, importe le nombre de spécialités exercées par ce dernier.

#### 4.1 Acupuncteur

#### 4.2 Chiropraticien

#### 4.3 Diététiste

#### 4.4 Massothérapeute

#### 4.5 Naturopathe et naturothérapeute

#### 4.6 Orthophoniste

#### 4.7 Ostéopathe

#### 4.8 Physiothérapeute

#### 4.9 Podiatre

#### 4.10 Psychologue et travailleur social

Les thérapies conjugales sont également couvertes.

## **5. Autres frais médicaux admissibles**

### **5.1 Ambulance**

Les frais de transport par ambulance au centre hospitalier le plus proche pouvant fournir les soins requis, y compris le transport par avion ou par train en cas d'urgence. Les frais pour l'administration d'oxygène pendant le transport sont également couverts.

### **5.2 Analyses de laboratoire**

Les frais pour les analyses de laboratoire effectuées à l'extérieur d'un centre hospitalier à des fins préventives ou diagnostiques.

### **5.3 Appareil auditif**

Les frais d'achat ou de réparation d'un appareil auditif.

### **5.4 Appareil d'assistance respiratoire et oxygène**

Les frais de location ou d'achat, si cette option est plus économique, de même que les frais de réparation d'un appareil d'assistance respiratoire. Sont également couverts les frais pour l'oxygène.

### **5.5 Appareils orthopédiques**

Les frais d'achat ou de location de supports, de corsets, de bandes herniaires, de plâtres, de béquilles et d'autres appareils orthopédiques.

### **5.6 Appareils thérapeutiques**

Les frais de location ou d'achat, si cette option est plus économique, de même que les frais de réparation d'appareils thérapeutiques.

### **5.7 Articles pour stomie**

Les frais d'achat d'articles pour stomie. Seuls les frais en excédent de ceux payables par la RAMQ sont admissibles.

### **5.8 Bas de contention**

Les frais pour les bas de contention de 13 mm de Hg ou plus achetés dans une pharmacie ou un établissement de santé.

### **5.9 Chaussures orthopédiques**

Le coût initial ou le coût de remplacement de chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure pour l'assuré. Ces chaussures doivent être vendues par un laboratoire ou un établissement spécialisé détenteur de tous les permis et autorisations d'usage dans la province de résidence de l'assuré.

### **5.10 Chaussures profondes ou correctrices**

Les frais d'achat de chaussures profondes ou correctrices nécessaires pour l'utilisation d'une orthèse plantaire. Ces chaussures doivent être vendues par un laboratoire ou un établissement spécialisé détenteur de tous les permis et autorisations d'usage dans la province de résidence de l'assuré.

### **5.11 Échographie**

Les frais d'échographies effectuées à l'extérieur d'un centre hospitalier à des fins préventives ou diagnostiques.

### **5.12 Électrocardiogramme, électromyogramme et électroencéphalogramme**

Les frais engagés pour un de ces examens pourvu qu'il soit effectué à l'extérieur d'un centre hospitalier à des fins préventives ou diagnostiques.

### **5.13 Fauteuil roulant et marchette**

Les frais de location ou d'achat, si cette option est plus économique, d'un fauteuil roulant ou d'une marchette d'un modèle généralement utilisé en milieu hospitalier.

### **5.14 Lit d'hôpital**

Les frais de location ou d'achat, si cette option est plus économique, d'un lit d'hôpital d'un modèle généralement utilisé en milieu hospitalier.

### **5.15 Orthèses plantaires**

Les frais d'achat d'orthèses plantaires. Ces orthèses doivent être vendues par un laboratoire ou un établissement spécialisé détenteur de tous les permis et autorisations d'usage dans la province ou le territoire de résidence de l'assuré.

### **5.16 Prothèse capillaire**

Les frais d'achat d'une prothèse capillaire à la suite de traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie.

### **5.17 Prothèse mammaire externe**

Les frais d'achat d'une prothèse mammaire à la suite d'une mastectomie totale ou radicale, en excédent des frais payables par la RAMQ.

### **5.18 Prothèses externes et membres artificiels**

Les frais d'achat d'une prothèse externe, d'un membre artificiel ou d'un œil artificiel à la suite d'une perte survenue alors que l'assuré était couvert par le présent contrat. Les frais de remplacement sont également admissibles si l'assuré fait la preuve que la prothèse ou le membre en question n'est plus adéquat.

### **5.19 Radiographies**

Les frais pour les radiographies effectuées à l'extérieur d'un centre hospitalier à des fins préventives ou diagnostiques.

### **5.20 Résonances magnétiques**

Les frais d'imagerie par résonance magnétique effectuée à l'extérieur d'un centre hospitalier à des fins préventives ou diagnostiques.

### **5.21 Soins infirmiers**

Les honoraires pour des soins médicaux continus prodigués au domicile de l'adhérent par un infirmier ou un infirmier auxiliaire, membre en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative. Les soins ne peuvent être donnés par une personne résidant au domicile de l'adhérent ou par un proche parent de ce dernier.

### **5.22 Soutien-gorge postopératoire**

Les frais d'achat d'un soutien-gorge postopératoire vendu par un laboratoire spécialisé, requis à la suite d'une mastectomie totale ou radicale.

### **5.23 Traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles**

Les honoraires d'un dentiste à la suite d'un accident survenu en cours d'assurance, pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents saines, naturelles et vivantes.

Cependant, s'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de l'assuré, l'Assureur rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins cher.

## 5.24 Traitements médicaux non offerts dans la province de résidence

Les frais médicaux et hospitaliers engagés par un assuré de moins de 65 ans pour obtenir un traitement médical à l'extérieur de sa province de résidence lorsque ce dernier n'est pas offert dans sa province.

Les conditions suivantes s'appliquent pour que les frais soient admissibles :

- les traitements doivent être recommandés par un médecin et approuvés par le régime public d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré et par l'Assureur. De plus, le régime public doit accepter de couvrir une partie des frais liés à ces traitements;
- les traitements ne doivent pas être recommandés afin de diminuer les délais prévus dans la province de résidence pour obtenir de tels traitements;
- les traitements ne doivent pas être de nature expérimentale;
- les traitements doivent être effectués par le même professionnel de la santé au cours d'une période n'excédant pas 24 mois consécutifs.
- Les traitements hors Canada peuvent être admissibles si de tels traitements ne sont pas offerts dans aucune des provinces canadiennes.

## 5.25 Vêtements compressifs pour brûlures

Les frais d'achat de vêtements compressifs pour les brûlures.

## 6. CAP assistance médicale

Lorsqu'un assuré est gravement malade ou blessé, l'Assureur lui fournit, selon les modalités décrites ci-dessous, un service d'assistance pour lui permettre d'obtenir un second avis médical. Le service d'assistance est disponible lorsque le médecin d'un assuré diagnostique l'une des maladies ou des affections suivantes :

Accident vasculaire cérébral

Affection cardiovasculaire

Brûlure grave

Cancer

Cécité

Coma

Greffe d'un organe vital

Insuffisance rénale

Maladie d'Alzheimer

Maladie dégénérative neurologique

Maladie osseuse et pulmonaire majeure

Maladie de Parkinson

Maladie des motoneurones

Paralysie

Perte de la parole

Sclérose en plaques

SIDA

Surdité

Traumatisme grave

Tumeur cérébrale bénigne

Affection du système locomoteur

Les services offerts sont exempts de franchise et de coassurance.

### Services offerts

Lors du diagnostic d'une maladie ou d'une affection admissible, l'assuré peut communiquer directement avec l'Assureur pour bénéficier d'un des services suivants :

- a) une deuxième opinion médicale par la révision de son dossier médical par un ou des médecins généralistes ou spécialistes, sélectionnés par l'Assureur, afin de confirmer ou d'infirmer le diagnostic posé;

- b) la prise d'un rendez-vous avec un médecin généraliste ou un spécialiste, lorsque l'Assureur juge un tel rendez-vous pertinent, pour obtenir des recommandations médicales pour la condition médicale diagnostiquée.

L'Assureur se réserve le droit de mettre fin en tout temps au service CAP assistance médicale.

## 7. Exclusions et réduction de la garantie

Sous réserve des dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments, sont exclus les produits et services décrits et aucun remboursement n'est effectué par l'Assureur pour les frais subis lors des événements suivants, **sauf s'ils sont prévus au Sommaire des garanties pour la classe de personnes admissibles à laquelle l'adhérent appartient** :

- a) Pour des prothèses dentaires ou leur ajustement.
- b) Pour des lunettes ou des verres de contact, ou leur ajustement, et pour la chirurgie au laser.
- c) Pour un appareil auditif ou son ajustement.
- d) Pour des injections dans le cadre d'une cure d'amaigrissement.
- e) Pour des injections sclérosantes.
- f) Pour une chirurgie, un traitement, des soins ou une prothèse à des fins esthétiques.
- g) Pour les lunettes de protection ou de soleil.
- h) Pour tout produit ou service non médicalement requis.
- i) Pour une prothèse capillaire.
- j) Pour un examen de l'ouïe.
- k) Pour les examens de la vue.
- l) En raison d'une tentative de suicide ou d'une blessure ou d'une mutilation que l'assuré s'est infligée volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non.
- m) Pour des soins et services administrés par un proche parent de l'assuré ou par une personne qui réside avec ce dernier.
- n) Pour un examen médical de base ou de suivi à des fins d'emploi, d'admission à une institution scolaire, d'assurance ou requis pour un voyage de santé.
- o) Pour une condition survenue alors que l'assuré est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays.
- p) En raison de toute guerre déclarée ou non, ou de participation active à une émeute ou une insurrection.
- q) Lors de la participation de l'assuré à un acte criminel ou réputé tel, y compris le fait de conduire un véhicule, bateau ou aéronef lorsque l'assuré a un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident, ou est sous l'effet de drogue, ou de médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.
- r) Pour tous frais relatifs à l'insémination.
- s) Pour tous frais relatifs au traitement de l'infertilité, à l'exception des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments.
- t) Pour tout soin, service ou fourniture de nature expérimentale.
- u) Pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public sur des produits et services admissibles en vertu de la présente garantie, à l'exception de la franchise et de la coassurance exigées par le RGAM.

Les exclusions mentionnées précédemment s'appliquent également à la garantie d'assurance voyage.

De plus, sont exclus les frais payables en vertu de tout autre régime individuel ou collectif, et les frais pour lesquels l'assuré a droit à une indemnité en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec, de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec, de la Loi sur l'assurance maladie du Québec ou de toute autre loi canadienne ou étrangère au même effet.

Les prestations dues à des causes antérieures à la date d'entrée en vigueur du présent contrat ne doivent pas être exclues de ce seul fait.

## **8. Coordination des prestations**

Si un assuré a droit au remboursement de frais admissibles en vertu du présent contrat et d'une garantie similaire d'un autre contrat d'assurance collective, il y a coordination des prestations afin que le remboursement n'excède pas les frais réellement engagés par l'assuré.

Lorsque des frais admissibles en vertu de ce contrat sont d'abord payables par un autre contrat d'assurance collective, les frais payables en vertu du présent contrat ne peuvent excéder le moindre des deux montants suivants :

- Le total des frais qui auraient été payables en l'absence de la présente clause de coordination.
- Le total des frais admissibles en vertu du présent contrat, réduit du montant des frais payables par l'autre contrat d'assurance collective, que l'adhérent ait soumis une demande de prestations à cet effet ou non.

Lorsque l'assuré est couvert par plus d'une garantie, les prestations sont payables dans l'ordre suivant :

- Par la garantie ne comportant pas de clause de coordination.
- Par la garantie comportant une clause de coordination.

Lorsqu'un assuré et son conjoint sont tous deux couverts en tant qu'adhérent par un contrat d'assurance collective, ils doivent soumettre leurs demandes de prestations à leur assureur respectif. Après remboursement des frais par leur assureur, ils peuvent alors soumettre la partie des frais non payés à l'autre assureur s'ils sont également couverts par ce dernier en tant que personnes à charge.

Pour les frais engagés pour un enfant à charge, les frais sont payables dans l'ordre suivant :

- Par le contrat du parent dont l'anniversaire a lieu le premier dans l'année.
- Par le contrat du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet si les deux parents ont la même date de naissance.

Si les parents de l'enfant à charge ne cohabitent plus ou sont divorcés, les frais sont payables dans l'ordre suivant :

- Par le contrat du parent ayant la garde légale de l'enfant.
- Par le contrat du conjoint du parent ayant la garde légale de l'enfant.
- Par le contrat du parent n'ayant pas la garde légale de l'enfant.
- Par le contrat du conjoint du parent n'ayant pas la garde légale de l'enfant.

## 1. Protection

La présente garantie couvre les frais engagés pour les soins et traitements décrits ci-après pourvu que ces frais soient raisonnablement engagés et que les soins ou traitements soient recommandés par un dentiste et justifiés par la pratique courante de l'art dentaire. Le coût est limité aux tarifs du guide de l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec, selon l'année indiquée au **Sommaire des garanties**.

## 2. Modalités de remboursement

La coassurance, la franchise, si applicable, et le montant maximal remboursable par année sont indiqués au **Sommaire des garanties**.

S'il existe plus d'un type de traitements pour la condition dentaire de l'assuré, l'Assureur rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins cher.

## 3. Plan de traitement

Si les frais pour les soins recommandés par le dentiste excèdent 800 \$, l'assuré devrait soumettre à l'Assureur un plan de traitement et les radiographies appropriées avant d'engager ces frais, et ce, afin de connaître à l'avance les frais qui sont admissibles.

## 4. Frais admissibles

### 4.1 Module A) – Diagnostic et prévention

#### Diagnostic

- a) Examen buccal clinique
  - pour les résidents du Québec : examen pour les enfants de moins de 10 ans si non remboursable par le régime public : un examen par période de 12 mois
  - examen de rappel ou périodique : un examen par période indiquée au **Sommaire des garanties**
  - examen complet : un examen par période indiquée au **Sommaire des garanties**
  - examen parodontal complet : un examen par période prévue pour les examens complets
  - examen d'urgence : 2 examens par année civile
  - examen d'un aspect particulier : 2 examens par année civile
- b) Radiographies
  - i) radiographie intra-orale
    - pellicule périapicale
    - pellicule occlusale
    - pellicule interproximale
    - pellicule des tissus mous

- ii) radiographie extra-orale
  - pellicule extra-orale
  - examen des sinus
  - sialographie
  - utilisation d'une substance radiopaque pour démontrer les lésions
  - articulation temporo mandibulaire
  - pellicule panoramique : une pellicule par période prévue pour les examens complets
  - pellicule céphalométrique
- iii) autres
  - duplicata de radiographie : 2 fois par année civile
- c) Tests et examens de laboratoire
  - test pulpaire : 3 fois par période de 12 mois
  - test bactériologique
  - test histologique : biopsie de tissu mou et de tissu dur
  - test cytologique
  - modèles de diagnostic (exclu si associé à un traitement de restauration)
  - présentation de cas, plan de traitement
  - consultation avec le patient
  - test de vitalité
- d) Services usuels de prévention
  - polissage de la partie coronaire des dents : une fois par période prévue pour les examens de rappel ou périodiques
  - détartrage : 6 unités de temps par année civile
  - application topique de fluorure \* : une fois par période prévue pour les examens de rappel ou périodiques
  - analyse du régime alimentaire : une fois à vie
  - instruction d'hygiène buccale : une fois à vie
  - programme de contrôle de la plaque dentaire : 5 fois par année civile
  - finition d'une obturation
  - scellant des puits et fissures, comprenant l'odontotomie prophylactique et la préparation par mordançage à l'acide \* (seulement sur les surfaces occlusales des prémolaires et molaires permanentes) : une fois par période de 36 mois pour une même dent
  - ablation de matériau obturateur sous-gingival nécessitant anesthésie, sans lambeau
  - meulage interproximal \*
  - améloplastie (modification de la forme d'une dent à des fins non esthétiques)
- e) Appareil de maintien \*
- f) Correction des habitudes buccales \*
  - appareil fixe ou amovible
  - évaluation myofonctionnelle : une fois par période de 24 mois
  - motivation du patient : une fois à vie
  - myothérapie : 5 fois à vie



- g) Appareil pour le bruxisme
    - un appareil par 60 mois
    - réparation : une fois par année civile
    - regarnissage : une fois par année civile
  - h) Équilibrage de l'occlusion
    - 8 unités de temps ou un majeur et 3 mineurs par année civile
- \* Ces services peuvent faire l'objet de frais admissibles seulement lorsqu'ils sont fournis à des enfants de moins de 16 ans.

#### **4.2 Module B) – Restauration de base**

- a) Restauration mineure
  - pansement sédatif
  - meulage et polissage d'une dent traumatisée
  - recimentation de fragment de dent brisée
  - restauration en résine, en amalgame ou en composite \*
  - tenons par restauration

\* La restauration d'une même surface ou classe sur une même dent peut faire l'objet de frais admissibles une seule fois par période de 12 mois, indépendamment du matériau utilisé et du dentiste traitant.
- b) Chirurgie buccale
  - ablation de dents ayant fait éruption, avec ou sans complication
  - ablation de dents incluses, racine et portion d'une dent
  - supplément pour points de suture par séance
  - exposition chirurgicale d'une dent incluant un attachement orthodontique : une fois à vie par dent
  - transplantation d'une dent : une fois à vie par dent
  - reposition d'une dent par chirurgie : une fois à vie par dent
  - énucléation d'une dent n'ayant pas fait éruption et de son follicule : une fois à vie par dent
  - alvéolectomie, alvéoloplastie, ostéoplastie, tubéroplastie, stomatoplastie, gingivoplastie
  - ablation de tissu hyperplasique, de surplus de muqueuse, de tumeur ou de kyste
  - extension des replis muqueux
  - incision et drainage
  - réduction de fracture
  - frénectomie
  - traitement des glandes salivaires
  - chirurgie ou traitement des sinus
  - contrôle d'hémorragie
  - traitement post-chirurgical
  - réparation d'une lacération de tissu mou ou de part en part

- c) Services généraux complémentaires
- anesthésie locale
  - sédation consciente
  - visite à domicile, à l'hôpital ou au cabinet dentaire, en dehors des heures normales

#### **4.3 Module C) – Restauration majeure**

- a) Endodontie
- supplément pour un traitement endodontique à travers une couronne
  - urgence endodontique : pulpotomie, pulpectomie, ouverture et drainage
  - traumatisme, traitement et chirurgie endodontique
  - apexification
- b) Parodontie
- traitements non chirurgicaux
  - chirurgie parodontale
  - curetage gingival et surfaçage radiculaire (maximum de 6 unités de temps par année civile ou maximum d'une fois par dent par période de 24 mois)
  - jumelage (sauf jumelage avec treillis de type Maryland)
  - irrigation parodontale
- c) Rebasage, regarnissage, ajustement et réparation de prothèse amovible
- rebasage et regarnissage : une fois par période de 36 mois
  - réparation avec ou sans empreinte
  - obturateur palatin : un par période de 60 mois
  - remontage et équilibrage de prothèse complète ou partielle : une fois par période de 60 mois
- d) Réparation de pont fixe et de couronne
- réparation de pont fixe
  - réparation de couronne
  - recimentation de pont, d'incrustation, de couronne, de facette, de pivot
  - supplément pour mordançage de la restauration
  - immobilisation, sectionnement
  - enlèvement d'un pivot déjà cimenté

#### **5. Exclusions et réduction de la garantie**

Sont exclus de la présente garantie et aucun remboursement n'est effectué par l'Assureur pour les traitements dentaires suivants :

- a) les traitements dentaires gratuits ou que l'assuré n'est pas tenu de payer ainsi que ceux qu'il ne serait pas tenu de payer s'il s'était prévalu des dispositions de tout régime public ou privé, individuel ou collectif, auquel l'assuré pouvait être admissible ou ne serait pas tenu de payer en l'absence du présent contrat;
- b) les traitements dentaires pour lesquels l'assuré a droit à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou de toute autre loi canadienne ou étrangère au même effet; les traitements dentaires payables par une garantie d'assurance maladie à laquelle l'assuré a adhéré;

- c) les traitements et articles dentaires qui, d'après les normes reconnues de l'art dentaire, ne sont pas requis au point de vue dentaire ou qui ne répondent pas aux normes reconnues de l'art dentaire;
- d) les traitements dentaires effectués principalement aux fins d'esthétique, y compris notamment la transformation ou l'extraction et le remplacement de dents saines en vue d'en modifier l'apparence;
- e) les traitements dentaires nécessités par suite de blessure que l'assuré s'est infligée volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non, ou par suite de guerre, ou de participation active à une insurrection réelle ou appréhendée;
- f) les honoraires facturés par un dentiste pour un rendez-vous non respecté par l'assuré ou pour remplir des formulaires de demande de prestations requis par l'Assureur, ou pour des informations additionnelles requises par l'Assureur; également pour le temps de déplacement, le coût de son transport et les conseils donnés par tous moyens de télécommunication;
- g) les honoraires facturés par un dentiste pour un plan de traitement, soit les heures supplémentaires d'explication dû à la complexité du traitement, ou lorsque l'assuré exige ces heures supplémentaires en explication, ou lorsque le matériel diagnostique provient d'une autre source; pour consultation avec l'assuré; pour consultation avec un autre dentiste;
- h) les photographies diagnostiques;
- i) les protecteurs buccaux;
- j) un appareil intra-oral ou des services connexes résultant d'une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire ou de la correction de la dimension verticale; cependant, une partie des frais engagés pour un appareil intra-oral est admissible, soit celle qui équivaut au tarif suggéré par l'association professionnelle du dentiste à l'égard des plaques pour le bruxisme;
- k) les implants dentaires ainsi que les chirurgies reliées aux implants;
- l) les frais engagés alors que la présente garantie n'est pas en vigueur.

## **6. Coordination des prestations**

Si un assuré a droit au remboursement de frais admissibles en vertu du présent contrat et d'une garantie similaire d'un autre contrat d'assurance collective, il y a coordination des prestations afin que le remboursement n'excède pas les frais réellement engagés par l'assuré.

Lorsque des frais admissibles en vertu de ce contrat sont d'abord payables par un autre contrat d'assurance collective, les frais payables en vertu du présent contrat ne peuvent excéder le moindre des deux montants suivants :

- Le total des frais qui auraient été payables en l'absence de la présente clause de coordination.
- Le total des frais admissibles en vertu du présent contrat, réduit du montant des frais payables par l'autre contrat d'assurance collective, que l'adhérent ait soumis une demande de prestations à cet effet ou non.

Lorsque l'assuré est couvert par plus d'une garantie, les prestations sont payables dans l'ordre suivant :

- Par la garantie ne comportant pas de clause de coordination.
- Par la garantie comportant une clause de coordination.

Lorsqu'un assuré et son conjoint sont tous deux couverts en tant qu'adhérent par un contrat d'assurance collective, ils doivent soumettre leurs demandes de prestations à leur assureur respectif. Après remboursement des frais par leur assureur, ils peuvent alors soumettre la partie des frais non payés à l'autre assureur s'ils sont également couverts par ce dernier en tant que personnes à charge.

Pour les frais engagés pour un enfant à charge, les frais sont payables dans l'ordre suivant :

- Par le contrat du parent dont l'anniversaire a lieu le premier dans l'année.
- Par le contrat du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet si les deux parents ont la même date de naissance.

Si les parents de l'enfant à charge ne cohabitent plus ou sont divorcés, les frais sont payables dans l'ordre suivant :

- Par le contrat du parent ayant la garde légale de l'enfant.
- Par le contrat du conjoint du parent ayant la garde légale de l'enfant.
- Par le contrat du parent n'ayant pas la garde légale de l'enfant.
- Par le contrat du conjoint du parent n'ayant pas la garde légale de l'enfant.

### NOTE IMPORTANTE

En cas de départ à l'extérieur de votre province de résidence, vous devez communiquer avec l'Assisteur aux numéros 1 800 363-9050 ou 514 985-2281 **UNIQUEMENT** si vous souffrez d'une maladie ou d'une affection connue et que vous êtes incertain quant à votre état de santé ou dans l'attente de diagnostic (vous référer au point « Exclusion et réduction » ci-dessous).

#### 1. Frais admissibles

Le pourcentage de remboursement s'appliquant aux frais admissibles décrits ci-après est indiqué au **Sommaire des garanties**.

Si l'assuré décède pendant qu'il est en voyage à l'extérieur de sa province de résidence ou s'il est alors blessé accidentellement ou atteint d'une maladie subite et inattendue, les frais décrits ci-après et qu'il doit engager en cas d'urgence pendant son voyage sont admissibles, jusqu'à un maximum de remboursement prévu au **Sommaire des garanties** par assuré, par voyage.

L'assurance voyage s'applique à l'excédent des frais remboursables en vertu des régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré. Pour tout séjour qui doit excéder la durée maximale prévue au **Sommaire des garanties**, l'assuré doit communiquer à l'avance avec l'Assureur afin de connaître les conditions qui s'appliquent.

Dans les cas suivants, une autorisation doit être demandée sans délai à l'Assisteur, que ce soit par l'assuré lui-même ou par tout autre adulte qui est en mesure de la demander : hospitalisation; soins de médecin; transport par ambulance.

Dans les cas suivants, une autorisation doit être demandée à l'avance par l'assuré à l'Assisteur : soins d'infirmier, de chiropraticien, de podiatre, de physiothérapeute ou de dentiste; rapatriement; escorte médicale; séjour et transport d'un proche parent de l'assuré; transport en cas de décès; retour d'un véhicule; frais décrits sous la rubrique « Services, produits et articles ».

Pour que les frais décrits ci-après puissent être considérés comme admissibles, l'assuré doit être protégé par les régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de sa province de résidence.

Dans tous les cas, les services doivent être obtenus d'une personne qui ne réside pas avec l'assuré et qui n'est pas un de ses proches parents ni un de ses compagnons de voyage.

Si l'assuré est déjà atteint d'une maladie ou d'une affection connue, il doit s'assurer avant son départ :

- que son état de santé est bon et stable; un état de santé est considéré instable, et ses effets ne sont pas considérés comme ceux d'une maladie subite et inattendue, notamment dans les cas où la maladie ou l'affection :
    - s'est aggravée;
    - a fait l'objet d'une récurrence;
    - est en phase terminale d'évolution;
    - est chronique et présente des risques de dégradation ou de complications prévisibles pendant la durée prévue du voyage.
  - qu'il peut effectuer ses activités habituelles;
- et
- qu'aucun symptôme ne laisse raisonnablement présager que des complications puissent survenir ou que des soins soient requis pendant la durée prévue du voyage.

L'Assisteur peut fournir des précisions sur la signification de l'expression « maladie subite et inattendue » et indiquer à l'assuré si son état de santé limite sa protection de quelque manière.

### **Hospitalisation**

Les frais d'hospitalisation pour traitement dans un hôpital.

### **Honoraires de médecin**

Les honoraires pour soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie, autres que les honoraires pour soins dentaires.

### **Honoraires d'infirmier**

S'ils sont prescrits par le médecin traitant, les honoraires d'un infirmier licencié pour soins privés donnés exclusivement à l'hôpital. Les frais admissibles pour honoraires d'infirmier ne peuvent excéder 5 000 \$ par assuré, par voyage.

### **Honoraires de chiropraticien, de podiatre ou de physiothérapeute**

Les honoraires d'un chiropraticien, d'un podiatre ou d'un physiothérapeute.

### **Honoraires de chirurgien dentiste**

Les honoraires d'un chirurgien dentiste pour soigner des lésions accidentelles aux dents naturelles. L'accident doit être survenu à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré. Les soins doivent être reçus lorsque l'assurance de la personne est en vigueur. Les frais admissibles pour honoraires de chirurgien dentiste ne peuvent excéder 1 000 \$ par assuré, par voyage.

## **Médicaments**

Les frais d'achat de médicaments qui ne sont disponibles que sur prescription par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire.

## **Transport par ambulance**

Les frais de transport en ambulance par un ambulancier licencié, en direction de l'hôpital le plus proche.

## **Rapatriement de l'assuré**

Les frais de rapatriement de l'assuré vers sa province de résidence en vue d'une hospitalisation immédiate, incluant les frais de transport jusqu'au lieu le plus près où les services médicaux appropriés sont disponibles. Les prestations sont limitées au coût du transport le plus économique que permet l'état de santé de l'assuré.

## **Transport par avion d'une escorte médicale**

Les frais de transport aller et retour en classe économique d'une escorte médicale qui n'est ni un membre de la famille de l'assuré ni un de ses compagnons de voyage, à condition que l'escorte en question soit exigée par le transporteur aérien ou par le médecin traitant de l'assuré.

## **Séjour et transport d'un proche parent**

Les frais d'hébergement et de repas d'un proche parent dans un établissement commercial ainsi que ses frais de transport, aller et retour, en classe économique, entre son lieu de résidence et l'établissement où l'assuré est hospitalisé pendant au moins 7 jours. Les frais admissibles à ce titre, incluant le transport en vue d'aller identifier le corps de l'assuré décédé avant son retour, sont limités comme suit :

- pour le transport : 2 500 \$ par voyage pour l'ensemble des assurés d'une même famille;
- pour l'hébergement et les repas : 300 \$ par jour pour l'ensemble des assurés d'une même famille, jusqu'à un maximum global de 2 400 \$ pour la totalité du voyage.

Les frais de transport admissibles à cet égard se limitent au coût qui serait exigé pour effectuer le trajet en utilisant le moyen de transport public (autobus, train, avion) le plus économique. La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant.

## **Transport du corps de l'assuré en cas de décès**

Les frais de préparation et de retour du corps de l'assuré par la route la plus directe pour le ramener chez lui, à l'exclusion des frais engagés pour un cercueil ou pour une urne funéraire, jusqu'à un maximum de frais admissibles de 10 000 \$ au total pour la préparation du corps et le transport.

## **Retour du véhicule**

Les frais de retour du véhicule personnel de l'assuré vers sa résidence ou du véhicule loué par l'assuré vers l'agence appropriée de location de véhicules la plus proche, jusqu'à un maximum de frais admissibles de 2 000 \$ par voyage.

Le retour du véhicule doit être effectué par une agence commerciale. L'assuré doit être incapable de s'en occuper en raison d'une maladie ou d'une blessure attestée par son médecin traitant; ses compagnons de voyage doivent aussi être incapables de s'en charger.

## **Services, produits et articles**

Les frais qui sont payés pour les services, produits ou articles suivants :

- location d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital ou d'un appareil d'assistance respiratoire;
- analyses de laboratoire et radiographies;
- achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques.

## **Frais de subsistance**

Les frais d'hébergement et de repas dans un établissement commercial, si l'assuré a dû les engager parce qu'il a reporté son retour en raison de son hospitalisation ou de l'hospitalisation d'un compagnon de voyage ou d'un membre de sa famille qui l'accompagne.

L'hospitalisation doit être d'une durée d'au moins 24 heures. Les frais admissibles à ce titre ne peuvent excéder 300 \$ par jour pour l'ensemble des assurés d'une même famille, jusqu'à un maximum global de 2 400 \$ pour la totalité du séjour.

## **Services d'assistance voyage**

Cette assurance comporte des services d'assistance voyage auxquels l'assuré a accès lorsqu'il en a besoin. Ces services ne sont toutefois pas disponibles dans tous les pays et l'Assureur peut les modifier sans préavis.

Les services offerts sont les suivants :

- a) diriger l'assuré vers une clinique ou un hôpital approprié;
- b) vérifier si l'assurance de la personne peut lui éviter d'avoir à effectuer un dépôt en argent pour obtenir des soins hospitaliers;
- c) assurer le suivi du dossier médical de l'assuré;
- d) coordonner le retour et le transport de l'assuré aussitôt que médicalement possible;
- e) apporter une aide d'urgence et coordonner les demandes de règlement;
- f) prendre les dispositions nécessaires pour faciliter le transport d'un membre de la famille jusqu'au chevet de l'assuré ou pour lui permettre d'aller identifier un assuré décédé, puis coordonner le rapatriement de ce dernier;



- g) prendre les dispositions nécessaires pour faciliter le retour des assurés à leur domicile (frais de retour non compris);
- h) coordonner le retour du véhicule personnel de l'assuré si une maladie ou un accident le rend incapable de s'en occuper;
- i) communiquer avec la famille ou avec l'employeur de l'assuré;
- j) servir d'interprète aux appels d'urgence;
- k) recommander un avocat lorsque des problèmes d'ordre juridique surviennent.

## 2. Exclusions, limitations et restrictions

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de la garantie d'assurance maladie s'ajoute ce qui suit pour l'assurance voyage.

Les frais suivants ne sont pas admissibles en vertu de l'assurance voyage du présent régime :

- a) frais engagés après le refus de l'assuré d'être rapatrié dans sa province de résidence à la demande de l'Assureur;
- b) frais engagés par l'assuré hors de sa province de résidence, alors que ces frais auraient pu être engagés dans sa province de résidence sans danger pour sa vie ou sa santé; le fait que les soins offerts dans la province de résidence de l'assuré soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être à l'étranger n'est pas considéré comme un danger pour la vie ou la santé de l'assuré;
- c) frais engagés à un endroit où le gouvernement du Canada a émis une recommandation de ne pas séjourner ou de ne pas se rendre; la présente exclusion ne s'applique pas à un assuré se trouvant déjà à l'endroit en question au moment où le gouvernement du Canada émet sa recommandation, pourvu qu'il prenne les dispositions nécessaires pour se conformer à cette recommandation dans les meilleurs délais;
- d) frais payables en vertu de tout régime public;
- e) frais relatifs à une chirurgie ou un traitement facultatifs ou non urgents;
- f) dans le cas d'un voyage entrepris dans le but d'obtenir une consultation ou de recevoir un traitement ou des soins médicaux, frais engagés par suite de la condition médicale pour laquelle le voyage a été entrepris, peu importe que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- g) frais engagés dans un établissement pour malades chroniques;
- h) frais engagés pour un assuré dans un établissement pour soins prolongés ou une station thermale;
- i) frais engagés à la suite de blessures ou d'un décès découlant de la pratique des activités ou sports suivants : vol plané, deltaplane, parapente, alpinisme, *bungee*, saut en parachute ou parachutisme en chute libre et toute autre activité du même genre, tous sports extrêmes ou de combat, toute compétition de véhicules motorisés ainsi que toute activité sportive ou sous-marine pour laquelle l'assuré est rémunéré;

- j) frais relatifs à un événement dont l'assuré pouvait raisonnablement prévoir qu'il risquait de se produire pendant la durée prévue du voyage ou peu après, en raison de l'état dans lequel il se trouvait au début du voyage; dans cette catégorie d'événements entrent une grossesse, une fausse couche, un accouchement et leurs complications, lorsque ces événements se produisent dans les 2 mois précédant la date normale prévue de l'accouchement ou après;
- k) les frais hospitaliers ou médicaux engagés pour des soins à l'égard desquels aucun remboursement n'est prévu par le régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré.

## ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

L'Assureur paie, selon les modalités décrites à la présente clause, 100 % des frais engagés par l'assuré à la suite de l'annulation ou l'interruption d'un voyage dans la mesure où les frais engagés ont trait à des frais de voyage payés d'avance par l'assuré alors que la présente garantie est en vigueur, et que ce dernier, au moment de finaliser les arrangements du voyage, ne connaît aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu. Le remboursement maximal par assuré est limité au montant indiqué au **Sommaires des garanties**.

### 1. Causes d'annulation ou d'interruption

Le voyage doit être annulé ou interrompu en raison d'une des causes suivantes:

- a) Une maladie ou un accident empêchant l'assuré ou un de ses proches parents, son compagnon de voyage ou un de ses proches parents, ou son associé en affaires de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage.
- b) Le décès de l'assuré, de son conjoint, d'un enfant de l'assuré ou de son conjoint, du compagnon de voyage ou d'un associé en affaires.
- c) Le décès d'un proche parent de l'assuré autre que son conjoint ou son enfant ou d'un proche parent du compagnon de voyage si les funérailles ont lieu au cours de la période prévue du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent.
- d) Le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination.
- e) La convocation de l'assuré ou de son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury, ou leur assignation comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage, à la condition que la personne concernée ne soit pas partie au litige et ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir le report de la cause.
- f) La mise en quarantaine de l'assuré ou de son compagnon de voyage, sauf si celle-ci se termine plus de 7 jours avant la date prévue du départ.
- g) Le détournement de l'avion à bord duquel l'assuré voyage.
- h) Un sinistre rendant inhabitable la résidence principale de l'assuré, du compagnon de voyage ou de l'hôte à destination, à la condition que la résidence soit toujours inhabitable 7 jours avant la date prévue du départ ou que le sinistre ait lieu au cours du voyage.
- i) Le transfert de l'assuré ou de son compagnon de voyage, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, si exigé dans les 30 jours précédant la date prévue du départ.
- j) Le terrorisme ou toute autre situation dans le pays où se rend l'assuré, à la condition que le gouvernement du Canada émette une recommandation incitant les Canadiens à ne pas voyager dans ce pays pour une période couvrant la durée prévue du voyage et que la recommandation soit émise après que les frais eurent été engagés.
- k) Un départ manqué dû au retard du moyen de transport utilisé pour se rendre au point de départ, à la condition que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoyait une arrivée au moins 3 heures avant le départ ou au moins 2 heures si la distance à parcourir était inférieure à 100 kilomètres. La cause du retard doit être, soit les conditions atmosphériques, soit des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), soit un accident de la circulation, soit la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être appuyée par un rapport de police.

- l) Les conditions atmosphériques retardant le départ du transporteur public utilisé par l'assuré, au point de départ projeté, d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage ou empêchant l'assuré d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pour autant que cette correspondance soit retardée d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage.
- m) Un sinistre survenant à la place d'affaires ou sur les lieux physiques où doit se tenir une activité à caractère commercial et rendant impossible la tenue de l'activité de sorte qu'un avis écrit annulant l'activité est émis par l'organisme officiel responsable de son organisation.
- n) La perte involontaire de l'emploi permanent de l'assuré ou de son conjoint, pourvu que la personne concernée était à l'emploi chez le même employeur depuis plus d'un an.

## **2. Frais couverts**

Les frais suivants sont couverts à la condition qu'ils soient effectivement à la charge de l'assuré.

- a) En cas d'annulation avant le départ :
  - La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance.
  - Les frais supplémentaires engagés par l'assuré qui décide de voyager seul dans le cas où son compagnon de voyage doit annuler son voyage pour une des raisons prévues à la présente garantie, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable à l'assuré au moment où son compagnon de voyage doit annuler.
  - La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de l'assuré est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'il décide de ne pas effectuer le voyage.
- b) Si un départ est manqué, au début ou au cours du voyage, pour une des raisons prévues à la présente garantie, le coût supplémentaire exigé par un transporteur public à horaire fixe pour un billet en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue.
- c) Si le retour est anticipé ou retardé:
  - Le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ par le moyen de transport prévu initialement ou si ce dernier ne peut être utilisé, les frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ; ces frais doivent au préalable être convenus avec l'Assureur.

Toutefois, si le retour de l'assuré est retardé de plus de 7 jours à la suite d'une maladie ou d'un accident subi par l'assuré ou son compagnon de voyage, les frais engagés sont couverts pour autant que la personne concernée ait été admise dans un centre hospitalier à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de 7 jours.

  - La portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.

### **3. Exclusions de la garantie d'assurance annulation de voyage**

La présente garantie ne couvre pas les pertes causées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :

- a) Si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non.
- b) Si le voyage est entrepris dans le but de visiter une personne malade ou ayant subi un accident et que l'annulation ou l'interruption du voyage résulte du décès ou d'une détérioration de la condition médicale de cette personne.
- c) Dans un pays en état de guerre déclarée ou non, en état d'instabilité politique notoire ou pour lequel le gouvernement du Canada a émis une recommandation incitant les Canadiens à ne pas y voyager en autant que les frais soient reliés à la situation conflictuelle dans le pays et qu'ils aient été engagés après que la recommandation ait été émise, ou en raison d'une participation active à une insurrection réelle ou appréhendée.
- d) Lors de la participation active de l'assuré ou de son compagnon de voyage à un acte criminel ou réputé tel, y compris le fait de conduire un véhicule, bateau ou aéronef lorsque la personne concernée a un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident, ou est sous l'effet de drogue ou de médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.
- e) La grossesse ou les complications en résultant dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement.
- f) Une blessure que l'assuré ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non.
- g) Lorsqu'il y a absorption par l'assuré de médicaments, de drogues ou d'alcool en quantité toxique.
- h) La participation à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, ou vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse.
- i) Une condition médicale pour laquelle l'assuré ou son compagnon de voyage a été hospitalisé ou a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou pour laquelle il a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date où les frais de voyage sont engagés, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de l'Assureur que la condition de la personne concernée est stabilisée au moment où les frais ont été engagés. Un changement quant à un médicament, à sa posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical.
- j) Lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de l'assuré ou de son compagnon de voyage et sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement.

### **4. Délai pour demander l'annulation**

Advenant une cause d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé dans un délai maximal de 48 heures, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié, et l'Assureur doit être avisé au même moment. La responsabilité de l'Assureur est limitée aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage, 48 heures après la date de la cause d'annulation, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié.

## **5. Coordination**

Les prestations payables en vertu de la présente garantie sont réduites de tout montant payable en vertu d'un autre contrat d'assurance individuel ou collectif. Sont également exclus les frais engagés pour lesquels l'assuré ne serait pas tenu de payer en l'absence de la présente garantie.

## **6. Demande de prestations**

Lors d'une demande de prestations, l'assuré doit fournir les preuves justificatives suivantes :

- a) Les titres de transport inutilisés.
- b) Les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires.
- c) Les reçus pour les arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'un agent de voyages ou d'un commerce accrédité dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Une preuve écrite de la demande de l'assuré à cet effet de même que les résultats de sa demande doivent être transmis à l'Assureur.
- d) Les documents officiels attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est attribuable à des raisons médicales, l'assuré doit fournir un certificat médical rempli par un médecin habilité par la loi et pratiquant dans la localité où survient la maladie ou l'accident; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité par l'assuré d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage.
- e) Le rapport de police lorsque le retard du moyen de transport utilisé par l'assuré est causé par un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence de la route.
- f) Le rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques.
- g) La preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial confirmant que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises de l'annulation de l'événement.
- h) Tout autre rapport exigé par l'Assureur et permettant de justifier la demande de prestations de l'assuré.

*Tous les formulaires sont disponibles auprès du responsable de groupe chez le Preneur ou chez votre employeur. Vous pouvez également vous les procurer sur notre site Internet à l'adresse : [www.lacapitale.com](http://www.lacapitale.com).*

### **Assurance maladie**

#### **Médicaments – Service de paiement automatisé direct**

Lors de l'achat de médicaments, l'assuré présente sa carte de services au pharmacien. La Capitale effectuera automatiquement le paiement pour la partie assurée des médicaments. L'assuré n'a donc plus à présenter sa demande de prestations à l'Assureur; il ne débourse que pour la partie non assurée des médicaments (incluant la franchise, s'il y a lieu).

#### **Autres frais médicaux**

L'assuré doit faire parvenir à l'Assureur le formulaire de demande de prestations dûment rempli, daté et signé. Il est important de suivre les indications inscrites sur le formulaire et de joindre les factures originales et les reçus officiels des frais engagés. L'assuré doit conserver ses copies de reçus, car les originaux ne sont pas retournés. En ce qui concerne les frais d'hospitalisation, l'assuré présente sa carte de services au centre hospitalier, lequel fera ensuite parvenir la demande de prestations directement à l'Assureur. Toute demande de prestations doit être présentée à l'Assureur dans les 12 mois qui suivent la date où les frais ont été engagés.

#### **Soins dentaires – Service de paiement automatisé**

L'assuré présente sa carte de services au dentiste. Le système valide la carte et indique si les soins sont assurés ainsi que le pourcentage de remboursement qui s'applique. Il n'y a aucun formulaire de demande de prestations à remplir puisque la partie assurée des soins est réclamée directement par le dentiste à l'Assureur. L'assuré paie uniquement pour la partie non assurée des soins dentaires (incluant la franchise, s'il y a lieu). Si le cabinet de dentiste n'est pas relié à ce service, l'assuré doit acquitter entièrement les frais et doit faire parvenir une demande de prestations à l'Assureur.

#### **Dépôt direct des prestations maladie et soins dentaires**

Pour adhérer à ce service, rien de plus simple. Lors d'une demande de prestation, il vous suffit d'indiquer les informations demandées à la section « Adhésion au dépôt direct des prestations ». Sur acceptation de la demande de prestations, celles-ci seront déposées dans le compte de l'adhérent. L'Assureur transmet ensuite un relevé confirmant le montant déposé et la date du traitement de la réclamation.

Vous pouvez également télécharger le formulaire de dépôt direct sur notre site Internet, indiquer les informations demandées et nous le retourner.

### **Assurance vie**

Il appartient au bénéficiaire de demander la somme assurée en communiquant avec l'Assureur qui lui dirigera les formulaires requis.

### **Assurance invalidité**

Les prestations sont payables à l'adhérent après l'expiration du délai de carence. Le formulaire de demande de prestations doit être rempli par l'adhérent, l'employeur et le médecin traitant et remis le plus tôt possible à l'Assureur.

## LA CAPITALE RÉPOND À VOS QUESTIONS

➤ **Quand pouvez-vous nous joindre?**

Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h 00 au 1 800 463-4856 ou 418 644-4200.

Pour un service téléphonique plus rapide, ayez sous la main votre carte de services sur laquelle apparaissent vos numéros de contrat et d'identification.

➤ **Vous changez d'adresse?**

Veillez communiquer avec nous et nous informer de votre nouvelle adresse le plus rapidement possible. Vous éviterez ainsi les délais postaux.

➤ **Vous avez des enfants à charge de 21 ans ou plus?**

Vous devez remplir, à chaque session, l'attestation de fréquentation scolaire à temps plein au bas du formulaire de demande de prestations.

➤ **Vous désirez un formulaire de demande de prestations?**

Visitez notre site Internet [www.lacapitale.com](http://www.lacapitale.com) et téléchargez la plupart de nos formulaires. Vous pouvez aussi obtenir un formulaire auprès du responsable de groupe chez votre employeur ou chez le Preneur du contrat.

➤ **Pour faciliter le traitement de votre demande**

Veillez indiquer sur toute correspondance, vos nom, prénom, numéro de contrat, numéro d'employeur ainsi que votre numéro d'identification apparaissant sur votre carte de services.

➤ **Vous demandez un remboursement pour des professionnels de la santé?**

Pour tous les professionnels de la santé couverts par la présente garantie, l'estampe ou le sceau du professionnel doit être apposé sur le reçu. De même, la signature du professionnel, le nom de l'association, son numéro de permis, les dates de traitements et le nom de la personne traitée sont requis.

Les reçus informatisés ou personnalisés des professionnels sont acceptés pourvu que les informations précitées y soient indiquées.

➤ **Des questions au sujet de votre chèque de remboursement?**

Si vous avez reçu un remboursement moins important que celui que vous attendiez, n'oubliez pas qu'en début d'année, il est possible que vous ayez une franchise ou une coassurance à défrayer. Vérifiez les explications sur le talon du chèque ou du dépôt.

Nous vous rappelons que les chèques non encaissés deviennent périmés après 6 mois.



***POUR JOINDRE LA CAPITALE ASSURANCES ET GESTION DU PATRIMOINE INC.***

**Québec**

625, rue Jacques-Parizeau  
Case postale 1500  
Québec (Québec) G1K 8X9  
**418 644-4200**

**Montréal**

Bureau 820  
425, boul. de Maisonneuve O.  
Montréal (Québec) H3A 3G5  
**514 873-6506**

**Numéro sans frais : 1 800 463-4856**



***ASSURANCE VOYAGE***

**Voici les numéros pour joindre l'Assisteur :**

Au Canada et aux États-Unis : 1 800 363-9050  
Ailleurs dans le monde à frais virés : 514 985-2281

**Le Preneur peut en tout temps, après entente avec l'Assureur, apporter des modifications au contrat concernant les catégories de personnes admissibles, l'étendue des protections et le partage des coûts entre les catégories de personnes assurées. De telles modifications peuvent alors s'appliquer à toutes les personnes assurées, qu'elles soient actives, invalides ou retraitées.**

**Ce document est distribué à titre informatif seulement et ne change en rien les conditions et dispositions du contrat.**

102066 cat A MRC Pontiac.doc (2017.01.23)mj

Notes:

Notes: