

# **ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC**

**Catégories 1, 2**





## RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

Titulaire du régime : **ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC**

N° de police : **53021**

Prise d'effet de la police : **Le 1<sup>er</sup> juin 2015**

*Le livret est fourni dans le but d'expliquer les garanties offertes en vertu de la police collective.*

*La possession de ce livret ne confère ni ne crée aucun droit contractuel. Tous les droits et obligations relatifs aux garanties offertes en vertu de la police collective seront régis uniquement par les clauses et les conditions de ladite police.*

*Le titulaire de police se réserve le droit de modifier ou d'interrompre toute protection, y compris la protection pour les retraités, prévue par la police collective et de résilier la police collective dans son intégralité en tout temps à l'égard des participants actifs (y compris ceux qui sont absents en raison d'une invalidité) et des participants retraités après leur départ à la retraite.*

*De plus, le titulaire de police se réserve le droit de modifier les exigences de contribution relativement aux protections offertes, y compris la protection pour les retraités, prévues par la police collective en tout temps à l'égard des participants actifs (y compris ceux qui sont absents en raison d'une invalidité) et des participants retraités après leur départ à la retraite.*

*Pour toute question relative au contenu de ce livret ou si de plus amples renseignements sont requis concernant les garanties, le participant devrait communiquer avec son employeur.*

Ce livret peut également être consulté sur notre site sécurisé CyberClient, accessible via [www.ia.ca](http://www.ia.ca), si offert dans le cadre de votre régime.

*iA Groupe financier est une marque de commerce et un autre nom sous lequel l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. exerce ses activités.*



# TABLE DES MATIÈRES

---

|   | <b>Page</b> |
|---|-------------|
| TABLEAU SOMMAIRE  | 1           |
| CONDITIONS GÉNÉRALES  | 36          |
| ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT  | 61          |
| ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE  | 67          |
| ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT<br>ET DES PERSONNES À CHARGE                       | 70          |
| ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE   | 82          |
| ASSURANCE FRAIS DE BUREAU   | 95          |
| ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT  | 100         |
| ASSURANCE MALADIE GRAVE DU CONJOINT   | 111         |
| ASSURANCE-MÉDICAMENTS – OPTIONS 1, 2, 3   | 121         |
| ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – OPTIONS 1, 2, 3, 10 ET<br>SOINS VISUELS                                  | 126         |
| ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE<br>LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE – OPTIONS 1, 2, 3, 10 | 145         |
| ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE<br>ANNULATION DE VOYAGE – OPTIONS 1, 2 ET 3                    | 152         |
| ASSURANCE SOINS DENTAIRES   | 158         |
| COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION  | 172         |
| COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT  | 173         |
| PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS  | 175         |



## TABLEAU SOMMAIRE

---

Le TABLEAU SOMMAIRE décrit brièvement les garanties d'assurance collective selon la catégorie à laquelle appartient le participant.

Les pages suivantes donnent une description complète des CONDITIONS GÉNÉRALES et de chacune des GARANTIES.

*En collaboration avec :*

***Lussier Dale Parizeau inc.***

### DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Dans ce livret, le masculin inclut le féminin, sauf si le contexte s'y oppose. De plus, le singulier inclut le pluriel, lorsque requis.

Les participants sont assurés selon les catégories ci-dessous :

#### **Catégories**

- 1 – Membres
- 2 – Employés

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

---

### DISPOSITIONS PARTICULIÈRES (suite)

#### RESTRICTIONS AUX CHANGEMENTS D'OPTION

- Tout changement d'option prend effet à la date de renouvellement qui coïncide avec ou qui suit une période minimale de 24 mois.
- Tout changement d'option peut s'effectuer dans les 30 jours suivant l'adhésion du participant.
- Tout participant doit conserver la même option pour une période de 2 ans, à moins d'une demande de changement liée à l'un des événements de vie. La demande doit être reçue dans les 6 mois d'un des événements de vie suivants :
  - le mariage;
  - la cohabitation depuis plus d'un an ou depuis moins d'un an si un enfant est issu de l'union ou si des procédures d'adoption sont entreprises;
  - la naissance ou l'adoption d'un premier enfant;
  - le décès de la personne conjointe;
  - le divorce ou la séparation.
- La protection choisie (individuelle, monoparentale, couple, familiale) doit être la même pour toutes les options.

#### RÉGIMES FACULTATIFS

Assurance vie du participant

Assurance vie des personnes à charge

Assurance de décès et mutilation accidentels du participant

Assurance de décès et mutilation accidentels des personnes à charge

Assurance salaire de longue durée

Assurance frais de bureau

Assurance maladie grave du participant

Assurance maladie grave du conjoint

Assurance maladie complémentaire

Assurance soins dentaires

**N.B.** : La participation à l'Assurance-médicaments (Option 1) est obligatoire.

Le participant peut toutefois s'en exempter sous réserve des conditions énoncées à la section CONDITIONS GÉNÉRALES de la police collective.

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

---

### CONDITIONS GÉNÉRALES

#### DATE D'ADMISSIBILITÉ

Un **membre** devient admissible à la plus tardive des dates suivantes, sous réserve de toute autre disposition de la police collective :

- a) à la date de prise d'effet de la police collective, s'il est couvert par le régime antérieur souscrit auprès de La Capitale Assurances et gestion du patrimoine; ou
- b) à la date à laquelle il est membre de l'Ordre des psychologues du Québec et travaille un minimum de 10 heures par semaine pour un membre qui compte 2 ans et moins de pratique ou 30 heures par semaine pour un membre qui compte plus de 2 ans de pratique.

Un **employé** devient admissible à la plus tardive des dates suivantes, sous réserve de toute autre disposition de la police collective :

- a) à la date de prise d'effet de la police collective, s'il est couvert par le régime antérieur souscrit auprès de La Capitale Assurances et gestion du patrimoine; ou
- b) dès le premier jour de service auprès de l'employeur s'il travaille un minimum de 30 heures par semaine.

#### ÂGE NORMAL DE LA RETRAITE

Dans la police collective, l'âge normal de la retraite est le premier jour du mois suivant ou coïncidant avec le 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant.

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

---

### ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

#### Capital assuré

##### Catégorie 1 :

Tranches de 10 000 \$

Minimum :

- Programme « Adhésion pour les moins de 35 ans » :  
50 000 \$ sans preuves d'assurabilité
- Programme « Adhésion pour les moins de 40 ans » :  
20 000 \$ sans preuves d'assurabilité
- Autres membres : 30 000 \$ avec preuves d'assurabilité

Maximum : 750 000 \$ avec preuves d'assurabilité

##### Catégorie 2 :

25 000 \$ avec preuves d'assurabilité

Des preuves d'assurabilité sont requises pour tout montant d'assurance vie, à l'exception des montants sans preuves d'assurabilité, s'il y a lieu.

##### Catégorie 1 seulement

#### **Programme « Assurabilité future » :**

*(programme optionnel et pour un participant de moins de 50 ans)*

- Ajout d'un maximum de 50 000 \$ sans preuves d'assurabilité à chaque date de renouvellement de la police collective jusqu'à un maximum de 4 fois.

Le capital assuré ne doit pas excéder 750 000 \$.

## **TABLEAU SOMMAIRE (suite)**

---

### **ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT (suite)**

#### **Terminaison :**

Cette garantie se termine le premier jour du mois suivant ou coïncidant avec le 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant ou le jour même de cet anniversaire, s'il s'agit d'un premier du mois.

LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST FACULTATIVE.

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

---

### ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

#### Capital assuré

|  |  |
|--|--|
| Conjoint :                               | Tranches de 10 000 \$<br>Minimum de 30 000 \$<br>Maximum de 500 000 \$ |
| Chaque enfant dès la naissance vivante : | Tranches de 5 000 \$<br>Maximum de 10 000 \$                           |

Des preuves d'assurabilité sont requises pour tout montant d'Assurance vie des personnes à charge.

Le montant d'assurance souscrit pour le conjoint ne peut excéder le montant d'assurance souscrit en vertu de la garantie d'Assurance vie du participant.

De plus, le montant d'assurance souscrit pour chaque enfant d'une même famille doit être le même.

#### Terminaison :

Cette garantie se termine le premier jour du mois suivant ou coïncidant avec le 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance de la personne assurée ou le jour même de cet anniversaire, s'il s'agit d'un premier du mois.

|   |
|---|
| LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST FACULTATIVE ET EST CONDITIONNELLE<br>À LA PARTICIPATION À LA GARANTIE D'ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT. |
|---|

## **TABLEAU SOMMAIRE (suite)**

---

### **ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT**

#### **Capital assuré**

##### Catégorie 1 :

Tranches de 10 000 \$

Minimum :

- Programme « Adhésion pour les moins de 35 ans » :  
50 000 \$ sans preuves d'assurabilité
- Programme « Adhésion pour les moins de 40 ans » :  
20 000 \$ sans preuves d'assurabilité
- Autres membres : 30 000 \$ avec preuves d'assurabilité

Maximum : 750 000 \$ avec preuves d'assurabilité

##### Catégorie 2 :

25 000 \$ avec preuves d'assurabilité

Des preuves d'assurabilité sont requises pour tout montant d'assurance vie, à l'exception des montants sans preuves d'assurabilité, s'il y a lieu.

Le montant d'assurance souscrit ne peut excéder le montant d'assurance souscrit en vertu de la garantie d'Assurance vie du participant.

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

---

### ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

#### **Terminaison :**

Cette garantie se termine le premier jour du mois suivant ou coïncidant avec le 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant ou le jour même de cet anniversaire, s'il s'agit d'un premier du mois.

Cette garantie se termine également à la date de terminaison de la garantie d'Assurance vie du participant.

|   |
|---|
| LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST FACULTATIVE ET EST CONDITIONNELLE<br>À LA PARTICIPATION À LA GARANTIE D'ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT. |
|---|

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

---

### ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DES PERSONNES À CHARGE

#### Capital assuré

|  |   |
|--|---|
| Protection pour conjoint<br>seulement :                                      | 50 % du montant d'Assurance décès et<br>mutilation accidentels du participant   |
| Protection pour enfants à charge<br>seulement, dès la naissance<br>vivante : | 10 % du montant d'Assurance décès et<br>mutilation accidentels du participant<br><br>Maximum : 50 000 \$  |
| Protection pour conjoint<br>et enfants à charge :                            | <u>Conjoint</u> :<br>40 % du montant d'Assurance décès et<br>mutilation accidentels du participant<br><br><u>Chaque enfant, dès la naissance vivante</u> :<br>10 % du montant d'Assurance décès et<br>mutilation accidentels du participant |

*Des preuves d'assurabilité sont requises pour tout montant d'assurance décès et mutilation accidentels.*

#### Terminaison :

Cette garantie se termine le premier jour du mois suivant ou coïncidant avec le 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance de la personne assurée ou le jour même de cet anniversaire, s'il s'agit d'un premier du mois.

|   |
|---|
| LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST FACULTATIVE ET EST CONDITIONNELLE<br>À LA PARTICIPATION À LA GARANTIE D'ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT. |
|---|

## **TABLEAU SOMMAIRE (suite)**

---

### **ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE**

#### **Prestation mensuelle**

##### **Catégorie 1 :**

Tranches de 100 \$, minimum 500 \$

Minimum mensuelle :

- Programme « Adhésion pour les moins de 35 ans » :  
1 500 \$ sans preuves d'assurabilité
- Programme « Adhésion pour les moins de 40 ans » :  
1 000 \$ sans preuves d'assurabilité
- Membres avec maîtrise ou doctorat :  
1 500 \$ sans preuves d'assurabilité
- Autres membres : 500 \$ sans preuves d'assurabilité

Maximum : 10 000 \$ avec preuves d'assurabilité

Toutefois, le maximum de toutes sources de revenu ne peut excéder 90 % du revenu net mensuel avant l'invalidité.

##### **Catégorie 2 :**

Tranches de 100 \$

Minimum mensuelle : 500 \$ sans preuves d'assurabilité

Maximum mensuelle : 4 000 \$ avec preuves d'assurabilité.

Toutefois, le maximum de toutes sources de revenu ne peut excéder 90 % du revenu net mensuel avant l'invalidité.

Réductions : Le montant payable sera assujéti aux réductions énoncées dans la garantie.

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

---

### ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (suite)

Délai de carence

Catégorie 1 :

- Programme « Adhésion pour les moins de 35 ans » ou « Adhésion pour les moins de 40 ans » : 90 jours
- Autres membres : Choix de 30, 45, 90, 120, 730 jours

Catégorie 2 : 120 jours

Le paiement des prestations débutera après la fin de la période maximale de prestations prévue en vertu de la garantie d'assurance salaire de courte durée, si cette garantie fait partie de la police collective.

| Période maximale de prestations | Âge au début de l'invalidité | Période maximale de prestations |
|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|

|                      |                   |                |
|----------------------|-------------------|----------------|
| <u>Catégorie 1</u> : | Moins de 60 ans : | Jusqu'à 65 ans |
|                      | 60 ans :          | 60 mois        |
|                      | 61 ans :          | 48 mois        |
|                      | 62 ans :          | 42 mois        |
|                      | 63 ans :          | 36 mois        |
|                      | 64 ans :          | 30 mois        |
|                      | 65 ans :          | 24 mois        |
|                      | 66 ans :          | 21 mois        |
|                      | 67 ans :          | 18 mois        |
|                      | 68 ans :          | 15 mois        |
|                      | 69 ans :          | 12 mois        |

Catégorie 2 : Jusqu'au 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

---

### ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (suite)

|  |   |
|--|---|
| Taux maximum d'ajustement au coût de la vie :<br><i>(optionnel et pour un membre de moins de 55 ans de la catégorie 1)</i> | Taux de l'indice des prix à la consommation publié par Statistiques Canada, sans excéder 3 % (après 12 mois de prestations) |
|--|---|

Les prestations sont non imposables seulement si la totalité de la prime est payée par le participant.

#### Catégorie 1 seulement :

##### **Programme « Assurabilité future » :**

*(programme pour un participant de moins de 50 ans)*

- Tranches de 100 \$, maximum de 500 \$ à chaque date de renouvellement de la police collective jusqu'à un maximum de 4 fois.

#### **Terminaison :**

##### Catégorie 1 :

Cette garantie se termine au 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant ou à la date de la retraite, si elle est antérieure.

##### Catégorie 2 :

Cette garantie se termine au 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant ou à la date de la retraite, si elle est antérieure.

LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST FACULTATIVE.

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

---

### ASSURANCE FRAIS DE BUREAU

#### Catégorie 1 seulement

#### Prestation mensuelle

Tranches de 100 \$

Minimum mensuel : 500 \$ avec preuves d'assurabilité

Maximum mensuel : 15 000 \$ avec preuves d'assurabilité

Délai de carence : 30 jours

Période maximale de prestations : 12 mois.

Toutefois, si un participant a signé un bail à loyer fixe avant d'être atteint d'invalidité, la période maximale de versement des prestations sera portée à 60 mois.

*Des preuves d'assurabilité sont requises pour tout montant d'Assurance frais de bureau, à l'exception des montants sans preuves d'assurabilité, s'il y a lieu.*

#### **Terminaison :**

Cette garantie se termine au 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant ou à la date de la retraite, si elle est antérieure.

LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST FACULTATIVE.

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

---

### ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT

#### Capital assuré

Tranches de 10 000 \$

Minimum : 50 000 \$

Maximum : 500 000 \$

*Des preuves d'assurabilité sont requises pour tous les montants d'assurance maladie grave du participant.*

De plus, le participant a le choix d'être couvert pour 4 maladies et chirurgies ou pour 18 maladies et chirurgies selon la liste ci-dessous :

| <b><u>4 maladies et chirurgies</u></b>  | <b><u>18 maladies et chirurgies</u></b>   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Crise cardiaque (infarctus du myocarde)</li><li>• Accident vasculaire cérébral (AVC)</li><li>• Cancer (avec risque de décès à court terme)</li><li>• Chirurgie coronarienne</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Crise cardiaque (infarctus du myocarde)</li><li>• Accident vasculaire cérébral (AVC)</li><li>• Cancer (avec risque de décès à court terme)</li><li>• Chirurgie coronarienne</li><li>• Insuffisance rénale</li><li>• Paralysie</li><li>• Sclérose en plaques</li><li>• Cécité</li><li>• Surdité</li><li>• Greffe d'un organe vital et attente d'une greffe d'organe vital</li><li>• Maladie du motoneurone</li><li>• Tumeur cérébrale bénigne</li><li>• Coma</li><li>• Brûlures</li><li>• Perte de la parole</li><li>• Maladie de Parkinson</li><li>• Maladie d'Alzheimer</li><li>• Infection au VIH dans le cadre de l'occupation</li></ul> |

## **TABLEAU SOMMAIRE (suite)**

---

### **ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT (suite)**

#### **Terminaison :**

Cette garantie se termine le premier jour du mois suivant ou coïncidant avec le 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant ou le jour même de cet anniversaire, s'il s'agit d'un premier du mois.

LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST FACULTATIVE ET LE PARTICIPANT DOIT ÊTRE ÂGÉ DE MOINS DE 60 ANS AU MOMENT DE LA DEMANDE DE PARTICIPATION.

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

---

### ASSURANCE MALADIE GRAVE DU CONJOINT

#### Capital assuré

Tranches de 10 000 \$

Minimum : 50 000 \$

Maximum : 500 000 \$

*Des preuves d'assurabilité sont requises pour tout montant d'assurance maladie grave du conjoint.*

Le montant d'assurance ne peut être supérieur à celui du participant sauf dans le cas où le participant s'est vu refuser sa protection.

De plus, le conjoint d'un participant a le choix d'être couvert pour 4 maladies et chirurgies ou pour 18 maladies et chirurgies selon la liste ci-dessous :

| <u>4 maladies et chirurgies</u>   | <u>18 maladies et chirurgies</u>  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Crise cardiaque (infarctus du myocarde)</li><li>• Accident vasculaire cérébral (AVC)</li><li>• Cancer (avec risque de décès à court terme)</li><li>• Chirurgie coronarienne</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Crise cardiaque (infarctus du myocarde)</li><li>• Accident vasculaire cérébral (AVC)</li><li>• Cancer (avec risque de décès à court terme)</li><li>• Chirurgie coronarienne</li><li>• Insuffisance rénale</li><li>• Paralytie</li><li>• Sclérose en plaques</li><li>• Cécité</li><li>• Surdité</li><li>• Greffe d'un organe vital et attente d'une greffe d'organe vital</li><li>• Maladie du motoneurone</li><li>• Tumeur cérébrale bénigne</li><li>• Coma</li><li>• Brûlures</li><li>• Perte de la parole</li><li>• Maladie de Parkinson</li><li>• Maladie d'Alzheimer</li><li>• Infection au VIH dans le cadre de l'occupation</li></ul> |

## **TABLEAU SOMMAIRE (suite)**

---

### **ASSURANCE MALADIE GRAVE DU CONJOINT (suite)**

#### **Terminaison :**

Cette garantie se termine le premier jour du mois suivant ou coïncidant avec le 65<sup>e</sup> anniversaire de la personne assurée du participant ou le jour même de cet anniversaire, s'il s'agit d'un premier du mois.

LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST FACULTATIVE ET LE CONJOINT DOIT ÊTRE ÂGÉ DE MOINS DE 60 ANS AU MOMENT DE LA DEMANDE DE PARTICIPATION.

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

---

### ASSURANCE-MÉDICAMENTS

#### Option 1 <sup>(1)</sup>

---

#### FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA – MÉDICAMENTS SEULEMENT

---

Franchise annuelle

|                              |        |
|------------------------------|--------|
| – protection individuelle :  | 992 \$ |
| – protection couple :        | 992 \$ |
| – protection monoparentale : | 992 \$ |
| – protection familiale :     | 992 \$ |

Remboursement : 100 %

Dans l'éventualité où le pourcentage de remboursement diminuait et que la contribution maximale<sup>(2)</sup> était atteinte par le participant (y compris son conjoint et ses enfants à charge, le cas échéant) durant une année civile, le pourcentage remboursé par l'assureur s'établirait à 100 % pour le reste de l'année civile.

Maximum : Illimité

<sup>(1)</sup> *Si cette option est retenue et combinée à l'option 10, la franchise annuelle pour les médicaments est distincte de celle des autres frais médicaux engagés au Canada.*

<sup>(2)</sup> *Contribution maximale d'un participant au cours d'une année civile :*

*Celle stipulée en vertu de la Loi sur l'assurance-médicaments (L.R.Q., chapitre A-29.01).*

*Nonobstant ce qui est indiqué dans la police collective, la contribution maximale du participant comprendra également les sommes que celui-ci paie à titre de franchise annuelle ou de coassurance pour son conjoint et ses enfants à charge, le cas échéant.*

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

---

### ASSURANCE-MÉDICAMENTS (suite)

#### Option 1 (suite)

**Terminaison :**

Cette garantie se termine au 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant.

LA PARTICIPATION À L'OPTION 1 EST OBLIGATOIRE.

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

---

### ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

#### Option 1 <sup>(1)</sup> (suite)

---

---

#### FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE ENGAGÉS HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE et ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

---

|                      |                 |                                |
|----------------------|-----------------|--------------------------------|
| Franchise annuelle : | Remboursement : | Maximum par personne assurée : |
| aucune               | 100 %           | 1 000 000 \$ à vie             |

---

#### ASSURANCE ANNULATION VOYAGE

|                      |                 |                                |
|----------------------|-----------------|--------------------------------|
| Franchise annuelle : | Remboursement : | Maximum par personne assurée : |
| aucune               | 100 %           | 5 000 \$ par voyage            |

---

- <sup>(1)</sup> *Si cette option est retenue et combinée à l'option 10, la franchise annuelle de l'option 10 sera applicable pour les frais médicaux engagés au Canada, disponibles sous les 2 options. Le pourcentage de remboursement et les maximums applicables pour les frais médicaux engagés au Canada, disponibles sous les 2 options, seront les plus généreux entre les 2 options.*

#### Terminaison :

Cette garantie se termine le premier jour du mois suivant ou coïncidant avec le 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant ou le jour même de cet anniversaire, s'il s'agit d'un premier du mois.

|  |
|--|
| LA PARTICIPATION À L'OPTION 1 EST OBLIGATOIRE. |
|--|

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

---

### ASSURANCE-MÉDICAMENTS

#### Option 2 <sup>(1)</sup>

---

#### FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA – MÉDICAMENTS SEULEMENT

---

##### Franchise annuelle

|   |  |
|---|--|
| – protection individuelle :                 | 375 \$   |
| – protection couple :                       | 375 \$ par adulte<br>Maximum de 750 \$ par famille |
| – protection monoparentale <sup>(2)</sup> : | 375 \$   |
| – protection familiale <sup>(2)</sup> :     | 375 \$ par adulte<br>Maximum de 750 \$ par famille |

Remboursement : 75 %

Si la contribution maximale <sup>(2)</sup> est atteinte par le participant (y compris son conjoint et ses enfants à charge, le cas échéant) durant une année civile, le pourcentage remboursé par l'assureur s'établit à 100 % pour le reste de l'année civile.

Maximum : Illimité

<sup>(1)</sup> *Si cette option est retenue et combinée à l'option 10, la franchise annuelle pour les médicaments est distincte de celle des autres frais médicaux engagés au Canada.*

<sup>(2)</sup> *La franchise annuelle des enfants à charge est cumulée avec celle du participant.*

<sup>(3)</sup> *Contribution maximale d'un participant au cours d'une année civile :*

*Celle stipulée en vertu de la Loi sur l'assurance-médicaments (L.R.Q., chapitre A-29.01).*

*Nonobstant ce qui est indiqué dans la police collective, la contribution maximale du participant comprendra également les sommes que celui-ci paie à titre de franchise annuelle ou de coassurance pour son conjoint et ses enfants à charge, le cas échéant.*

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

---

### ASSURANCE-MÉDICAMENTS (suite)

#### Option 2 (suite)

**Terminaison :**

Cette garantie se termine au 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant.

LA PARTICIPATION À L'OPTION 2 EST FACULTATIVE.

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

---

### ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

#### Option 2 <sup>(1)</sup> (suite)

---

---

#### FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE ENGAGÉS HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE et ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

---

|                      |                 |                                |
|----------------------|-----------------|--------------------------------|
| Franchise annuelle : | Remboursement : | Maximum par personne assurée : |
| aucune               | 100 %           | 1 000 000 \$ à vie             |

---

#### ASSURANCE ANNULATION VOYAGE

|                      |                 |                                |
|----------------------|-----------------|--------------------------------|
| Franchise annuelle : | Remboursement : | Maximum par personne assurée : |
| aucune               | 100 %           | 5 000 \$ par voyage            |

---

- <sup>(1)</sup> *Si cette option est retenue et combinée à l'option 10, la franchise annuelle de l'option 10 sera applicable pour les frais médicaux engagés au Canada, disponibles sous les 2 options. Le pourcentage de remboursement et les maximums applicables pour les frais médicaux engagés au Canada, disponibles sous les 2 options, seront les plus généreux entre les 2 options.*

#### Terminaison :

Cette garantie se termine le premier jour du mois suivant ou coïncidant avec le 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant ou le jour même de cet anniversaire, s'il s'agit d'un premier du mois.

|  |
|--|
| LA PARTICIPATION À L'OPTION 2 EST FACULTATIVE. |
|--|

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

---

### ASSURANCE-MÉDICAMENTS

#### Option 3

---

#### FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA – MÉDICAMENTS SEULEMENT

---

Franchise annuelle <sup>(1)</sup>

|                              |  |
|------------------------------|--|
| – protection individuelle :  | 250 \$   |
| – protection couple :        | 500 \$ par personne assurée<br>Maximum de 500 \$ par famille |
| – protection monoparentale : | 500 \$ par personne assurée<br>Maximum de 500 \$ par famille |
| – protection familiale :     | 500 \$ par personne assurée<br>Maximum de 500 \$ par famille |

Remboursement : 75 %

Si la contribution maximale <sup>(2)</sup> est atteinte par le participant (y compris son conjoint et ses enfants à charge, le cas échéant) durant une année civile, le pourcentage remboursé par l'assureur s'établit à 100 % pour le reste de l'année civile.

Maximum : Illimité

<sup>(1)</sup> *Cette franchise annuelle est combiné avec celle pour les médicaments en vertu de l'Assurance maladie complémentaire Option 3.*

<sup>(2)</sup> *Contribution maximale d'un participant au cours d'une année civile :*

*Celle stipulée en vertu de la Loi sur l'assurance-médicaments (L.R.Q., chapitre A-29.01).*

*Nonobstant ce qui est indiqué dans la police collective, la contribution maximale du participant comprendra également les sommes que celui-ci paie à titre de franchise annuelle ou de coassurance pour son conjoint et ses enfants à charge, le cas échéant.*

#### **Terminaison :**

Cette garantie se termine au 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant.

|   |
|---|
| LA PARTICIPATION À L'OPTION 3 N'EST PLUS OFFERTE DEPUIS LE 1 <sup>ER</sup> JUIN 2015. |
|---|

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

---

### ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

#### Option 3 (suite)

---

---

#### HOSPITALISATION DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

---

|                      |                 |  |
|----------------------|-----------------|--|
| Franchise annuelle : | Remboursement : | Maximum quotidien :  |
| aucune               | 100 %           | Tarif d'une chambre privée,<br>jusqu'à concurrence de 100 \$<br>par jour, maximum de 60 jours<br>par période d'hospitalisation |

---

---

#### FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE ENGAGÉS HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE et ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

---

|                      |                 |                                |
|----------------------|-----------------|--------------------------------|
| Franchise annuelle : | Remboursement : | Maximum par personne assurée : |
| aucune               | 100 %           | 1 000 000 \$ à vie             |

---

---

#### ASSURANCE ANNULATION VOYAGE

|                      |                 |                                |
|----------------------|-----------------|--------------------------------|
| Franchise annuelle : | Remboursement : | Maximum par personne assurée : |
| aucune               | 100 %           | 5 000 \$ par voyage            |

---

---

#### TOUS LES AUTRES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA

---

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Franchise annuelle           |  |
| – médicaments <sup>(1)</sup> |  |
| – protection individuelle :  | 250 \$   |
| – protection couple :        | 500 \$ par personne assurée<br>Maximum de 500 \$ par famille |
| – protection monoparentale : | 500 \$ par personne assurée<br>Maximum de 500 \$ par famille |
| – protection familiale :     | 500 \$ par personne assurée<br>Maximum de 500 \$ par famille |
| – autres frais :             | aucune   |
| Remboursement :              | 75 %   |
| Maximum :                    | Illimité   |

<sup>(1)</sup> Cette franchise est combiné avec celle pour les médicaments en vertu de l'Assurance-médicaments Option 3.

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

---

### ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

#### Option 3 (suite)

#### **Terminaison :**

Cette garantie se termine le premier jour du mois suivant ou coïncidant avec le 75<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant ou le jour même de cet anniversaire, s'il s'agit d'un premier du mois.

LA PARTICIPATION À L'OPTION 3 N'EST PLUS OFFERTE DEPUIS LE 1<sup>ER</sup> JUIN 2015.

## **TABLEAU SOMMAIRE (suite)**

---

### **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)**

#### **Option 3 (suite)**

#### **Frais médicaux**

| <b><u>Frais couverts</u></b>  | <b><u>Maximums par personne assurée</u></b>  |
|---|--|
| Tous les frais couverts en vertu de l'article «Frais médicaux engagés au Canada» de la garantie Assurance maladie complémentaire, autres que ceux indiqués ci-après | Illimité.  |
| Honoraires d'infirmiers   | 10 000 \$ par année civile.  |
| Prothèses mammaires   | 200 \$ par année civile.   |
| Soutiens-gorge chirurgicaux   | 2 par année civile.  |
| Bas élastiques médicaux   | 2 paires par année civile.   |
| Couvre-moignons   | 5 paires par année civile.   |
| Séjour dans un établissement de soins de santé autorisé à fournir des soins de réadaptation ou de convalescence   | Chambre semi-privée, jusqu'à un maximum de 100 \$ par jour; maximum combiné de 120 jours par invalidité. |
| Chaussures orthopédiques  | 400 \$ par année civile.   |
| Orthèses podiatriques   | 300 \$ par année civile.   |

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

---

### ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

#### Option 3 (suite)

#### Frais médicaux (suite)

| <u>Frais couverts</u>   | <u>Maximums par personne assurée</u>   |
|---|--|
| Lunettes, lentilles cornéennes ou lentilles intra-oculaires à la suite d'une opération de la cataracte  | 200 \$ à vie.  |
| Prothèses capillaires   | 250 \$ à vie.  |
| Injections sclérosantes   | 15 \$ par visite. Maximum de 350 \$ par année civile.  |
| Résonances magnétiques  | 500 \$ par année civile.   |
| Appareils de contrôle liés au diabète   | 700 \$ à vie.  |
| Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants : physiothérapeutes, psychologues, psychiatres, orthophonistes, chiropraticiens, ostéopathes, podiatres, acupuncteurs, naturopathes et ergothérapeutes | Maximum de 500 \$ par année civile pour chacun de ces spécialistes et de un traitement par jour. |
| Prothèses artificielles myoélectriques et électriques   | 10 000 \$ par prothèse.  |
| Soins dentaires à la suite d'une blessure accidentelle  | 5 000 \$ par accident.   |

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

---

### ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

#### Option 3 (suite)

#### Frais médicaux (suite)

| <u>Frais couverts</u> | <u>Maximums par personne assurée</u>      |
|-----------------------|---|
| Prothèses auditives   | 300 \$ à vie.                             |
| Examens de la vue     | 50 \$ par période de 12 mois consécutifs. |

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

---

### ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

#### Option 10

---

---

#### HOSPITALISATION DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

---

|                      |                 |                                 |
|----------------------|-----------------|---------------------------------|
| Franchise annuelle : | Remboursement : | Maximum quotidien :             |
| aucune               | 100 %           | tarif d'une chambre semi-privée |

---

---

---

#### FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE ENGAGÉS HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE et ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

---

|                      |                 |                                |
|----------------------|-----------------|--------------------------------|
| Franchise annuelle : | Remboursement : | Maximum par personne assurée : |
| aucune               | 100 %           | 1 000 000 \$ à vie             |

---

---

---

#### TOUS LES AUTRES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA

---

Franchise annuelle

|                              |        |
|------------------------------|--------|
| – protection individuelle :  | 300 \$ |
| – protection couple :        | 300 \$ |
| – protection monoparentale : | 300 \$ |
| – protection familiale :     | 300 \$ |

Remboursement : 80 %

Maximum : Illimité

#### Terminaison :

Cette garantie se termine le premier jour du mois suivant ou coïncidant avec le 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant ou le jour même de cet anniversaire, s'il s'agit d'un premier du mois.

|   |
|---|
| LA PARTICIPATION À L'OPTION 10 EST FACULTATIVE. |
|---|

## **TABLEAU SOMMAIRE (suite)**

---

### **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)**

#### **Option 10 (suite)**

#### **Frais médicaux**

| <b><u>Frais couverts</u></b>  | <b><u>Maximums par personne assurée</u></b>                       |
|---|---|
| Tous les frais couverts en vertu de l'article «Frais médicaux engagés au Canada» de la garantie Assurance maladie complémentaire, autres que ceux indiqués ci-après | Illimité.   |
| Honoraires d'infirmiers   | Maximum admissible de 3 000 \$ par année civile.                  |
| Prothèses mammaires   | Maximum admissible de 200 \$ par période de 24 mois consécutifs.  |
| Bas élastiques médicaux   | 2 paires par année civile.  |
| Séjour dans un établissement de soins de santé autorisé à fournir des soins de réadaptation ou de convalescence   | Chambre semi-privée; maximum combiné de 120 jours par invalidité. |
| Chaussures orthopédiques, chaussures correctrices, orthèses podiatriques et éléments correctifs   | Maximum combiné de 300 \$ par année civile.                       |
| Prothèses capillaires   | Maximum admissible de 300 \$ à vie.                               |

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

---

### ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

#### Option 10 (suite)

#### Frais médicaux (suite)

| <u>Frais couverts</u>   | <u>Maximums par personne assurée</u>   |
|---|--|
| Résonances magnétiques  | Maximum admissible de 500 \$ par année civile.   |
| Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants :<br>massothérapeutes,<br>orthothérapeutes et<br>kinésithérapeutes   | Maximum de 500 \$ par année civile pour l'ensemble de ces spécialistes et de un traitement par jour.         |
| Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants :<br>psychiatres   | Maximum de 500 \$ par année civile et de un traitement par jour.<br><b>Ces frais sont remboursés à 50 %.</b> |
| Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants :<br>physiothérapeutes, thérapeutes en réadaptation physique, psychologues, travailleurs sociaux, orthophonistes, audiologistes, chiropraticiens, ostéopathes, podiatres et acupuncteurs | Maximum de 500 \$ par année civile pour chacun de ces spécialistes et de un traitement par jour.             |
| Radiographies par un chiropraticien   | 30 \$ par année civile.  |
| Prothèses artificielles myoélectriques et électriques   | 10 000 \$ par prothèse.  |

## **TABLEAU SOMMAIRE (suite)**

---

### **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)**

#### **Option 10 (suite)**

#### **Frais médicaux (suite)**

##### **Frais couverts**

##### **Maximums par personne assurée**

Soins dentaires à la suite d'une  
blessure accidentelle

Maximum admissible de 2 500 \$ par  
accident.

Prothèses auditives

300 \$ par période de 36 mois  
consécutifs.

#### **Maximum admissible :**

Le montant payable pour une demande de règlement sera le montant égal au maximum admissible tel qu'indiqué pour les frais couverts moins tout autre montant relatif à l'application de la franchise annuelle et du pourcentage de remboursement, le cas échéant.

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

---

### ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

#### Option Soins visuels

---

---

#### FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA

---

Lunettes (y compris les lunettes de soleil et de sécurité), lentilles cornéennes ou chirurgie correctrice au laser

200 \$ par période de 24 mois consécutifs (12 mois consécutifs pour les personnes à charge de moins de 18 ans).

**Ces frais ne comportent aucune franchise annuelle et sont remboursés à 100 %.**

#### Terminaison :

Cette garantie se termine le premier jour du mois suivant ou coïncidant avec le 75<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant ou le jour même de cet anniversaire, s'il s'agit d'un premier du mois.

LA PARTICIPATION À L'OPTION SOINS VISUELS EST FACULTATIVE ET CONDITIONNELLE À LA PARTICIPATION AUX GARANTIES D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS ET D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (OPTION 3).

## TABLEAU SOMMAIRE (suite)

---

### ASSURANCE SOINS DENTAIRES

|   |                           |
|---|---------------------------|
| Franchise annuelle :                                    | aucune                    |
| Remboursement   |                           |
| – soins préventifs :                                    | 80 %                      |
| – soins de base :                                       | 80 %                      |
| – soins majeurs :                                       | 80 %                      |
| Maximum par personne assurée                            |                           |
| – soins préventifs, soins de base<br>et soins majeurs : | 1 500 \$ par année civile |

Les frais sont remboursés selon le guide des tarifs des chirurgiens dentistes de l'année courante ou, le cas échéant, selon le guide des tarifs de l'année courante de l'Association des hygiénistes dentaires, sous réserve de toute limite indiquée à la garantie Assurance soins dentaires. Si les frais sont engagés en Alberta, le guide des tarifs de l'année courante sera celui de l'Association dentaire de l'Alberta pour l'année 1997, plus un ajustement inflationniste déterminé par l'assureur.

#### Terminaison :

Cette garantie se termine le premier jour du mois suivant ou coïncidant avec le 75<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant ou le jour même de cet anniversaire, s'il s'agit d'un premier du mois.

|  |
|--|
| LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST FACULTATIVE ET EST CONDITIONNELLE<br>À LA PARTICIPATION AUX GARANTIES D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS ET<br>ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (OPTION 3 OU 10). |
|--|

# CONDITIONS GÉNÉRALES

---

## DÉFINITIONS

**Acceptation des preuves d'assurabilité** : La date d'acceptation de toute preuve d'assurabilité signifie la date de réception par l'assureur du dernier document qui lui permet d'accepter le risque que représente la personne.

**Accident** : La survenance soudaine, violente et imprévisible d'un événement extérieur à une personne.

**Âge normal de la retraite** : L'âge indiqué au Tableau sommaire.

**Année civile** : La période qui s'étend du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre suivant inclusivement.

**Effectivement au travail** : S'il s'agit d'un jour normal de travail, le participant sera considéré être effectivement au travail s'il se présente à son lieu de travail habituel et, lorsqu'il s'y présente, il est en mesure de s'acquitter de toutes les tâches habituelles et coutumières de son poste sur une base régulière et à temps plein.

Si le participant n'est pas au travail car il ne s'agit pas d'un jour normal de travail, ou qu'il s'agit d'un jour de congé ou d'un jour de vacances, le participant sera considéré être effectivement au travail si à telle date il n'est ni (i) hospitalisé, ni (ii) inapte au point où il n'aurait pu se présenter à son lieu de travail habituel et s'acquitter de toutes les tâches habituelles et coutumières de son poste sur une base régulière et à temps plein.

**Employé** : Toute personne qui occupe un poste permanent et à temps plein pour le compte d'un membre, et qui travaille au moins 30 heures par semaine pour ledit membre est admissible en vertu des garanties Assurance vie, Assurance décès et mutilation accidentels, Assurance maladie grave, Assurance salaire de longue durée, Assurance maladie complémentaire et Assurance soins dentaires.

## CONDITIONS GÉNÉRALES

---

**Jour** : Un jour civil, sauf stipulation contraire dans la police collective.

**Maladie** : Toute détérioration de la santé qui nécessite des soins médicaux réguliers, continus et curatifs donnés par un médecin. Toute complication de la grossesse est une maladie.

**Mandataire de l'Ordre des psychologues du Québec** : La firme Lussier Dale Parizeau inc., ci-dessous appelée le mandataire, afin d'effectuer toutes les tâches reliées à l'administration de la police collective dont la gestion de l'admissibilité, les demandes de participation et les demandes de changements en cours d'assurance.

**Médecin** : Une personne légalement licenciée et autorisée à pratiquer la médecine et qui le fait en respectant les limites imposées par sa licence.

**Membre** : Tout membre en règle de l'Ordre des psychologues du Québec. De plus, seul un membre qui travaille au moins 10 heures par semaine s'il compte 2 ans et moins de pratique ou au moins 30 heures par semaine s'il compte plus de 2 ans de pratique est admissible en vertu des garanties Assurance vie, Assurance décès et mutilation accidentels, Assurance maladie grave, Assurance salaire de longue durée, Assurance frais de bureau, Assurance maladie complémentaire et Assurance soins dentaires.

De plus, dans le cas d'un membre retraité, celui-ci doit toujours être membre en règle de l'Ordre des psychologues du Québec pour être admissible en vertu des garanties Assurance vie, Assurance décès et mutilation accidentels, Assurance maladie grave, Assurance-médicaments, Assurance maladie complémentaire et Assurance soins dentaires.

**Participant** : Tout membre, membre retraité ou employé qui est assuré en vertu de la police collective.

**Période d'admissibilité** : La période, telle que prévue au Tableau sommaire.

## CONDITIONS GÉNÉRALES

---

**Personne à charge** : Le conjoint du participant ou un enfant du participant ou de son conjoint. Lorsque les personnes à charge sont assurées en vertu de la police collective, les termes «conjoint» et «enfant» sont définis ainsi :

a) Conjoint

La personne liée par un mariage ou une union civile à un participant ou la personne désignée par le participant, qu'il présente publiquement comme son conjoint et avec qui il cohabite en permanence depuis au moins un an, ou moins, si un enfant est issu de leur union.

Un jugement de divorce prononcé entre le participant et le conjoint dans le cas d'un mariage, la séparation de fait depuis plus de 3 mois dans le cas d'une union civile ou la dissolution de l'union civile par entente notariée ou par jugement du tribunal dans le cas d'une union civile fait perdre ce statut de conjoint aux fins de la police collective.

Si, d'après cette définition, le participant a eu plus d'un conjoint, le terme «conjoint» désigne la dernière personne qui se qualifie à titre de conjoint.

b) Enfant

Tout enfant non marié du participant ou de son conjoint, qui s'en remet entièrement au participant pour sa subsistance et son entretien et remplit au moins une des conditions suivantes :

- i) Être âgé de moins de 21 ans; ou
- ii) Être âgé de moins de 26 ans et fréquenter à temps plein une institution d'enseignement reconnue; ou
- iii) Avoir un handicap mental ou physique et être incapable de gagner sa vie en raison de ce handicap, pourvu que le handicap en question se soit déclaré lorsqu'il était enfant tel que défini en vertu de i) ou ii).

**Personne assurée** : Un participant ou une personne à charge d'un participant qui est assuré en vertu de la police collective.

**Résident à temps plein au Canada** : Personne qui a un lieu de résidence permanent au Canada et qui réside au Canada au moins 182 jours par année.

# CONDITIONS GÉNÉRALES

---

## **Revenu annuel gagné :**

### Catégorie 1 :

#### Membres incorporés :

En ce qui concerne la participation du membre en tant qu'associé dans une entreprise et l'exercice de sa profession, le revenu gagné s'entend de ce qui suit :

Son salaire, ainsi que les honoraires, les commissions, les gratifications et toute autre forme de revenu gagné pour des services rendus.

De plus, dans le cas d'un membre faisant partie d'une société par actions, le revenu gagné inclut également la portion du bénéfice de la société provenant des activités professionnelles. Si une société compte plus d'un actionnaire, la portion du bénéfice net provenant des activités professionnelles sera considérée au prorata de la responsabilité de l'actionnaire au sein de la société telle qu'établie selon la convention entre actionnaires.

Ne sont pas compris dans les dépenses habituelles engagées dans le cadre de l'exploitation de l'entreprise les salaires, les avantages sociaux et toute autre forme de rémunération payable à une personne de la famille immédiate du membre, à moins que ces dépenses ne soient raisonnables et conformes aux frais engagés avant l'invalidité.

Le revenu ne comprend pas ce qui suit :

- a) tout revenu provenant de régimes de rémunération différée, de contrats d'assurance invalidité ou de régimes de retraite;
- b) intérêts, dividendes, loyers, redevances, prestations pour perte de salaire et toute autre somme non reliée à la fourniture de services personnels.

Le revenu annuel gagné sera calculé d'après la méthode de la comptabilité d'exercice des 2 dernières années en ce qui a trait aux recettes et aux dépenses.

#### Travailleurs autonomes :

Dans le cas d'un adhérent comptant moins de 24 mois de pratique et ne comptant pas un exercice financier complet de pratique à la date de la signature de la proposition d'assurance initiale ou lorsque l'adhérent présente une demande de prestation d'invalidité, le revenu gagné mensuel est déterminé en annualisant le revenu brut gagné pendant la période que l'adhérent était effectivement au travail et en divisant le résultat par 12.

## CONDITIONS GÉNÉRALES

---

Pour toute autre situation que celle mentionnée ci-dessus, lorsque l'adhérent signe la proposition d'assurance initiale ou qu'il veut faire augmenter ses prestations, le revenu gagné mensuel est déterminé d'après le revenu brut de l'exercice financier précédent, diminué du revenu qui est déjà couvert par un autre programme collectif, le résultat étant divisé par 12.

De plus, lorsque l'adhérent présente une demande de prestation d'invalidité, le revenu gagné mensuel est déterminé d'après le revenu brut du meilleur des deux derniers rapports d'impôts précédant le début de l'invalidité totale ou partielle.

Le terme « revenu brut » s'entend du revenu (avant impôt) que l'adhérent a gagné provenant de tout revenu et non seulement de l'exercice de la profession de psychologue, diminué des frais généraux engagés pour la même période. Le revenu gagné mensuel ne comprend pas les intérêts, les dividendes, les arrrages de rente ou les prestations de régime de retraite ni les autres formes de revenu non gagné.

### Catégorie 2 :

Le salaire comme employé et toute autre forme de rémunération pour des services rendus.

Le revenu ne comprend pas ce qui suit :

- a) tout revenu provenant de régimes de rémunération différée, de contrats d'assurance invalidité ou de régimes de retraite;
- b) intérêts, dividendes, loyers, redevances, prestations pour perte de salaire et toute autre somme non reliée à la fourniture de services personnels.

**Revenu hebdomadaire :** Le revenu annuel gagné du participant divisé par 52.

**Revenu mensuel :** Le revenu annuel gagné du participant divisé par 12.

**Spécialiste :** Un médecin autorisé à pratiquer la médecine, avec une spécialisation, par l'organisme de réglementation provincial approprié.

# CONDITIONS GÉNÉRALES

---

## RESPONSABILITÉ DU MEMBRE OU DE L'EMPLOYÉ

Tout membre ou employé doit informer le mandataire de tout changement dans sa situation qui pourrait influencer sur son admissibilité à l'assurance. Le mandataire ne remboursera aucune prime versée au titre de la couverture visée par la police collective. L'assureur peut refuser de régler des prestations et il a le droit de recouvrer toute prestation versée pendant que le membre ou l'employé n'était pas admissible à l'assurance.

## MODIFICATION AUX RÉGIMES GOUVERNEMENTAUX

Les prestations prévues en vertu de la présente police sont établies en complémentarité des prestations prévues aux régimes gouvernementaux. Toute modification à ces régimes après la date de prise d'effet de la présente police n'aura pas pour effet de modifier les prestations prévues aux présentes, à moins qu'une entente de modification des garanties ne soit signée par les signataires autorisés de l'assureur et du titulaire.

Nonobstant ce que prévoit le paragraphe précédent, le présent régime sera modifié de façon à comporter les changements apportés au *maximum de la rémunération assurable* déterminé en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi. De plus, si la législation fédérale ou provinciale exige qu'un assureur offre une certaine catégorie ou un certain niveau de protection ou les moyens de fournir une certaine catégorie de protection, cette police sera réputée avoir été modifiée pour tenir compte des exigences de la législation.

## FOURNITURES OU SERVICES MÉDICAUX COUVERTS PAR UN RÉGIME OU UN PROGRAMME GOUVERNEMENTAL

La présente police ne couvre aucune dépense liée, directement ou indirectement, à quelque fourniture ou service médical qui aurait été couvert par un régime ou un programme provincial, si la personne assurée n'avait pas choisi de recevoir sur une base privée les fournitures ou les services médicaux d'un praticien qualifié ou d'un établissement, d'une clinique ou d'un hôpital soit privé, soit public, à moins que ces fournitures ou services ne soient explicitement couverts par la présente police.

# CONDITIONS GÉNÉRALES

---

## INCONTESTABILITÉ

Si l'assureur exige des preuves d'assurabilité pour accepter

- a) l'assurance ou une garantie pour un participant ou une personne à charge; ou
- b) l'augmentation, l'ajout ou la modification de l'assurance ou d'une garantie pour un participant ou une personne à charge;

les déclarations faites par le participant ou la personne à charge comme preuves d'assurabilité seront acceptées comme vraies et ne seront pas contestées par l'assureur après la dernière des dates énumérées ci-dessous, pourvu que le participant ou la personne à charge soit vivant à cette date :

- a) 2 ans après la date de prise d'effet de l'assurance ou de la garantie pour laquelle les preuves d'assurabilité ont été fournies; ou
- b) 2 ans après la date de prise d'effet de l'augmentation, de l'ajout ou de la modification de l'assurance ou de la garantie; ou
- c) 2 ans après la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance ou de la garantie.

Cependant, la présente restriction quant au droit de l'assureur de contester les preuves d'assurabilité ne s'applique pas en cas de fraude ou d'erreur sur l'âge.

Si l'assureur exige des preuves pour accepter une augmentation, un ajout ou une modification de l'assurance ou d'une garantie, son droit d'annuler l'assurance ou la garantie se limite à l'augmentation, à l'ajout ou à la modification en question.

## ATTESTATION INDIVIDUELLE

L'assureur établit une attestation individuelle de participation qu'il doit remettre à chaque participant.

## ERREUR SUR L'ÂGE

S'il y a erreur sur l'âge d'une personne assurée en vertu de cette police collective, un rajustement équitable des primes sera effectué et si le montant d'assurance dépend de l'âge de la personne, un rajustement en fonction de l'âge réel de cette dernière sera également effectué.

## **CONDITIONS GÉNÉRALES**

---

### **CESSION ET GARANTIE**

Exception faite des prestations qui peuvent devenir payables en vertu de la police collective pour les frais hospitaliers, médicaux ou dentaires, ni cette police collective ni les droits ou prestations conférés en vertu de celle-ci ne peuvent être cédés.

Les droits et intérêts conférés en vertu de la police collective ne peuvent être donnés en garantie.

### **MONNAIE LÉGALE**

Les sommes dues en vertu de la police collective sont payables en monnaie légale du Canada et selon le taux de change en vigueur au moment de l'événement donnant droit à une prestation.

### **ASSURANCE CHEZ UN TIERS**

Un participant admissible à l'Assurance-médicaments et dont le conjoint bénéficie d'une assurance comparable, ou qui est offerte pour lui-même, peut renoncer à telle assurance qui lui est offerte en vertu de la police collective.

Le refus de participer à l'assurance peut être à l'égard du participant et de ses personnes à charge ou de ses personnes à charge uniquement.

Si l'assurance en vertu de la police collective du conjoint ou du participant prend fin en raison de la résiliation d'une telle police collective ou en raison de la perte d'admissibilité, une demande peut être faite afin d'assurer, en vertu de la police collective, ces personnes dont l'assurance a pris fin.

La demande doit être faite dans les 31 jours suivant la cessation de l'assurance en vertu de la police collective du participant ou du conjoint et l'assurance en vertu de la police collective entrera en vigueur le jour suivant la date de cessation de l'assurance en vertu de la police collective du participant ou du conjoint ou qui est offert pour lui-même via un régime collectif.

# CONDITIONS GÉNÉRALES

---

## ADMISSIBILITÉ

### **Membre**

Est admissible à l'assurance :

- a) le membre actif, à savoir : le membre, à condition d'être âgé de moins de 65 ans au moment de sa demande de participation;
- b) le membre retraité qui était assuré immédiatement avant la date de sa retraite;
- c) le membre actif et le membre retraité : le membre qui réside à temps plein au Canada;
- d) le membre actif et le membre retraité qui sont temporairement à l'extérieur du Canada, s'ils sont admissibles et inscrits au régime d'assurance-maladie de sa province de résidence, sous réserve des dispositions relatives au maintien de l'assurance.

Cependant, un membre n'est pas admissible à l'assurance s'il atteint l'âge de 65 ans avant le jour où il serait admissible pour la première fois à l'assurance prévue par la présente police, sauf s'il atteint l'âge de 70 ans avant la fin du délai de carence de la garantie d'Assurance salaire de longue durée prévu pour cette garantie au Tableau sommaire.

De plus, un membre n'est pas admissible à la garantie Assurance maladie grave s'il atteint l'âge de 60 ans avant le jour où il serait admissible pour la première fois à cette garantie.

Pour être admissible à la garantie Assurance frais de bureau, le membre actif doit posséder son entreprise et l'exploiter à la date à laquelle l'assureur reçoit sa demande de participation.

Dans le cas où l'assureur doit approuver l'admissibilité d'un membre aux garanties d'Assurance salaire de longue durée et d'Assurance frais de bureau, il exige la présentation sous une forme qu'il juge satisfaisante d'une attestation de la santé financière de la personne comprenant notamment les déclarations de revenu, les états financiers et autres documents comptables qui, de son avis, sont nécessaires afin de déterminer si la personne est admissible.

## CONDITIONS GÉNÉRALES

---

### **Employé**

Un employé devient admissible à l'assurance en vertu de la police collective à titre de participant à la date (sa «date d'admissibilité») à laquelle il satisfait aux exigences suivantes :

- a) Il répond à la définition d'employé de la police collective;
- b) Il réside à temps plein au Canada;
- c) Il bénéficie d'une assurance en vertu du régime d'assurance-maladie de sa province de résidence;

Cependant, un employé n'est pas admissible à l'assurance s'il atteint l'âge de 65 ans avant le jour où il serait admissible pour la première fois à l'assurance prévue par la police collective.

De plus, un employé n'est pas admissible à la garantie Assurance maladie grave s'il atteint l'âge de 60 ans avant le jour où il serait admissible pour la première fois à cette garantie.

### **Personnes à charge**

Une personne à charge devient admissible à l'assurance en vertu de la police collective à titre de personne à charge à la date (sa «date d'admissibilité») à laquelle elle satisfait aux exigences suivantes :

- a) Elle répond à la définition d'une personne à charge de la police collective;
- b) Elle réside à temps plein au Canada;
- c) Elle bénéficie d'une assurance en vertu du régime d'assurance-maladie de sa province de résidence;
- d) Le membre ou l'employé dont elle est à la charge est admissible à l'assurance en vertu de la police collective.

### **MODALITÉS DE SOUSCRIPTION**

Les modalités suivantes sont applicables :

- a) Tout membre ou employé admissible désirant participer à la police collective doit remplir une demande de participation et doit fournir des

## CONDITIONS GÉNÉRALES

---

preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'assureur pour toutes les garanties, à l'exception des garanties Assurance décès et mutilation accidentels, Assurance-médicaments, Assurance maladie complémentaire et Assurance soins dentaires. Par contre, toute personne qui devient assurée en vertu de la garantie Assurance maladie complémentaire Option 10 plus de 31 jours après la date d'admissibilité devra soumettre des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'assureur pour être admissible en vertu de cette option.

De plus, si un ou des enfants à charge du membre ou de l'employé sont déjà couverts en vertu d'une des garanties de la police collective, aucune preuve d'assurabilité n'est requise lors de l'ajout d'un nouvel enfant à charge. L'assureur peut accorder une protection familiale ou monoparentale tout en excluant une personne de la famille à la suite de l'examen des preuves d'assurabilité.

- b) Un membre ou un employé n'étant pas couvert par un autre régime d'assurance collective doit minimalement participer à l'option 1 de la garantie Assurance-médicaments. La demande de participation doit être faite par écrit au mandataire à la date à laquelle il remplit les conditions d'admissibilité;
- c) La participation à toutes les autres garanties est facultative pour tout membre ou tout employé, pourvu qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité;
- d) Un membre ou un employé doit participer à la garantie d'Assurance vie du participant afin d'être admissible aux garanties d'Assurance décès et mutilation accidentels et d'Assurance vie des personnes à charge;
- e) Un conjoint peut bénéficier de la garantie d'Assurance maladie grave du conjoint si le membre ou l'employé participe à la garantie d'Assurance maladie grave du participant, sauf dans le cas où le participant s'est vu refuser sa protection;
- f) Un membre ou un employé peut bénéficier de la garantie d'Assurance soins dentaires s'il est couvert en vertu de l'option 3 ou 10 des garanties Assurance-médicaments et Assurance maladie complémentaire. Sa participation à cette garantie doit être maintenue, selon le statut de protection lors de sa demande de participation initiale, pour une durée minimale de 2 ans, sous réserve des dispositions prévues au changement de protection. Si le membre ou l'employé met fin à sa

## CONDITIONS GÉNÉRALES

---

participation à l'Assurance soins dentaires, celle-ci ne pourra être remise en vigueur par la suite.

### CHANGEMENT DE PROTECTION EN COURS D'ASSURANCE

Le membre ou l'employé peut changer de statut de protection en cours d'assurance, lors d'un des événements suivants, en soumettant une demande de changement de protection et les preuves requises au mandataire :

- a) le mariage;
- b) la cohabitation depuis plus d'un an ou depuis moins d'un an si un enfant est issu de l'union ou si des procédures d'adoption sont entreprises;
- c) la naissance ou l'adoption d'un premier enfant;
- d) le décès de la personne conjointe;
- e) le divorce ou la séparation.

### PROGRAMMES D'ADHÉSION POUR LES MEMBRES

#### **Programme « Adhésion pour les moins de 35 ans »**

Tout membre âgé de moins de 35 ans peut se prévaloir du programme « Adhésion pour les moins de 35 ans » qui comprend la participation obligatoire aux garanties d'assurance vie, d'assurance décès et mutilation accidentels et d'assurance salaire de longue durée lors de la demande de participation. Toutefois, un membre qui a déjà participé au programme « Adhésion pour les moins de 40 ans » et un membre déjà assuré ayant présenté antérieurement des preuves d'assurabilité qui ont été refusées par l'assureur, n'est pas admissible à ce programme.

La participation à ce programme permet à un membre d'obtenir des montants d'assurance sans preuves d'assurabilité tel qu'indiqué dans le Tableau sommaire.

Un membre qui désire ajouter des unités d'assurance supplémentaires aux montants fixes offerts sans preuves devra alors soumettre des preuves d'assurabilité à l'assureur.

Un membre peut participer qu'à un seul programme d'adhésion.

# CONDITIONS GÉNÉRALES

---

## **Programme « Adhésion pour les moins de 40 ans »**

Tout membre âgé de moins de 40 ans peut se prévaloir du programme « Adhésion pour les moins de 40 ans » qui comprend la participation obligatoire aux garanties d'assurance vie, d'assurance décès et mutilation accidentels et d'assurance salaire de longue durée lors de la demande de participation. Toutefois, un membre qui a déjà participé au programme « Adhésion pour les moins de 35 ans » et un membre déjà assuré ayant présenté antérieurement des preuves d'assurabilité qui ont été refusées par l'assureur, n'est pas admissible à ce programme.

La participation à ce programme permet à un membre d'obtenir des montants d'assurance sans preuves d'assurabilité tel qu'indiqué dans le Tableau sommaire.

Un membre qui désire ajouter des unités d'assurance supplémentaires aux montants fixes offerts sans preuves devra alors soumettre des preuves d'assurabilité à l'assureur.

Un membre peut participer qu'à un seul programme d'adhésion.

## DEMANDE DE PARTICIPATION

Tout membre ou employé qui devient admissible à l'assurance en vertu de la police collective doit remplir et présenter une demande de participation pour lui-même et pour chacune de ses personnes à charge, à la date respective de leur admissibilité, au moyen des formulaires fournis par le mandataire ou des formulaires qui répondent à ses exigences.

## PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

L'assurance prend effet aux dates suivantes :

- la date de réception de la demande de participation par le mandataire ou l'assureur dans le cas des garanties d'Assurance décès et mutilation accidentels, d'Assurance-médicaments, d'Assurance maladie complémentaire et d'Assurance soins dentaires.
- la date du premier jour du mois qui suit la date à laquelle l'assureur accepte les preuves d'assurabilité du membre ou de l'employé pour les autres garanties.

# CONDITIONS GÉNÉRALES

---

## FIN DE L'ASSURANCE

### **Participant**

L'assurance du participant se termine d'office à la première des dates suivantes :

- a) La date de résiliation de la police collective;
- b) La date à laquelle le participant atteint l'âge limite indiqué au Tableau sommaire, si un âge limite y est indiqué;
- c) La date à laquelle le participant cesse de résider à temps plein au Canada;
- d) La date à laquelle le participant cesse d'être assuré par le régime d'assurance-maladie de sa province de résidence;
- e) La date d'échéance de toute prime d'assurance que le participant néglige de payer, selon les modalités de la police collective;
- f) Le premier jour du mois qui suit la date à laquelle le participant cesse d'être un membre de l'Ordre des psychologues du Québec;
- g) Le premier jour du mois qui suit la date à laquelle l'employé termine son emploi auprès d'un membre, à l'exception de la garantie Assurance salaire de longue durée qui cesse le jour même où l'employé termine son emploi auprès d'un membre; (applicable à la catégorie 2 seulement)
- h) Le premier jour du mois qui suit la réception par l'assureur ou par le mandataire d'une demande écrite du participant à cet effet;
- i) La date du décès du participant;
- j) La date à laquelle le participant est incarcéré à la suite de la perpétration d'un acte criminel pour lequel il a été reconnu coupable.

### **Personnes à charge**

L'assurance d'une personne à charge se termine à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle le participant dont elle est à charge cesse d'être assuré en vertu de la police collective.

## CONDITIONS GÉNÉRALES

---

- b) La date à laquelle la personne à charge ne répond plus à la définition de personne à charge de la police collective.
- c) La date à laquelle la personne à charge atteint l'âge limite indiqué au Tableau sommaire, si un âge limite y est indiqué.
- d) La date à laquelle la personne à charge cesse de résider à temps plein au Canada.
- e) La date à laquelle la personne à charge cesse d'être assurée par le régime d'assurance-maladie de sa province de résidence.
- f) Le premier jour du mois qui suit la réception par l'assureur ou par le mandataire d'une demande écrite du participant à cet effet;

Les dispositions ci-dessus sont également applicables en cas de résiliation partielle de l'assurance par suite de la résiliation d'une ou de plusieurs garanties.

### REMISE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE

Que la participation à la police collective soit obligatoire ou facultative, si l'assurance d'un membre ou d'un employé et celle de ses personnes à charge, s'il y a lieu, a pris fin, ladite assurance peut être remise en vigueur selon les mêmes conditions et modalités qui existaient lors de la résiliation. La remise en vigueur prend effet à l'une des dates suivantes applicables :

- a) La date à laquelle le membre ou l'employé retourne effectivement au travail, à condition (i) qu'il soit admissible en vertu de la police collective et (ii) que sa demande de participation parvienne au mandataire ou à l'assureur dans les 31 jours qui suivent la date de son retour effectif au travail. Passé ce délai de 31 jours, l'assurance ne prend effet qu'à la date à laquelle l'assureur reçoit et accepte les preuves d'assurabilité du membre ou de l'employé et de ses personnes à charge, s'il y a lieu;
- b) La date à laquelle le membre ou l'employé et ses personnes à charge, s'il y a lieu, répondent à nouveau aux conditions d'admissibilité et de prise d'effet de l'assurance;
- c) La date à laquelle l'assureur reçoit et accepte les preuves d'assurabilité du membre ou de l'employé et de ses personnes à charge, s'il y a lieu, si l'assurance en vertu de la police collective a pris fin pour une raison autre que l'absence du membre ou de l'employé.

## CONDITIONS GÉNÉRALES

---

Toutefois, le membre ou l'employé qui n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle son assurance devrait être remise en vigueur en vertu du présent article ne pourra être assuré de nouveau avant le premier jour où il retournera effectivement au travail. De plus, si une police d'assurance vie individuelle a été établie en vertu de l'article Droit de transformation de la garantie d'Assurance vie du participant, et que cette police d'assurance vie individuelle est encore en vigueur, le participant ne pourra être assuré de nouveau en vertu de la garantie d'Assurance vie qu'à la date à laquelle l'assureur recevra et acceptera les preuves d'assurabilité que le participant doit lui soumettre.

### MODIFICATIONS AU MONTANT D'ASSURANCE

#### **Membre actif et employé**

Le membre ou l'employé est tenu d'aviser immédiatement l'assureur, par écrit, de tout événement susceptible de modifier l'assurance d'un membre actif et d'un employé.

Une modification qui entraîne une réduction de l'assurance du membre actif et de l'employé prend effet à la date réelle de la modification.

Une modification qui entraîne une augmentation de l'assurance du membre actif et de l'employé prend effet à la dernière des dates suivantes :

- a) La date de l'événement, si l'assureur reçoit l'avis avant cette date.
- b) La date à laquelle l'assureur reçoit l'avis écrit, si cet avis lui parvient après la date de l'événement.
- c) La date à laquelle l'assureur reçoit et accepte les preuves d'assurabilité que doit lui soumettre le membre actif ou l'employé.

Cependant, si le membre actif ou l'employé n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle l'augmentation de l'assurance aurait dû prendre effet, l'augmentation ne prend effet qu'à la première date de son retour effectif au travail.

## CONDITIONS GÉNÉRALES

---

### **Membre retraité et personnes à charge**

Le membre ou l'employé est tenu d'aviser immédiatement l'assureur, par écrit, de tout événement susceptible de modifier l'assurance d'un membre retraité et d'une personne à charge.

Une modification qui entraîne une réduction de l'assurance du membre retraité et de la personne à charge prend effet à la date de la modification.

Une modification qui entraîne une augmentation de l'assurance de membre retraité et de la personne à charge prend effet à la dernière des dates suivantes :

- a) La date de l'événement, si l'assureur reçoit l'avis avant cette date.
- b) La date à laquelle l'assureur reçoit l'avis écrit, si cet avis lui parvient après la date de l'événement.
- c) La date à laquelle l'assureur reçoit et accepte les preuves d'assurabilité que doit lui soumettre le participant.

Cependant, si le membre retraité ou la personne à charge est hospitalisée à la date à laquelle l'augmentation de l'assurance aurait dû prendre effet, l'augmentation ne prend effet qu'à la première date à laquelle elle cesse d'être hospitalisée. Ce paragraphe ne peut s'appliquer pour reporter la date à laquelle une augmentation de l'assurance d'un nouveau-né doit prendre effet.

### ÉCHÉANCE DES PRIMES

Les primes doivent être versées par le participant conformément aux règles suivantes :

- a) annuellement, à la date anniversaire de la police collective; ou
- b) mensuellement, le premier jour de chaque mois.

Toutes les primes sont payables en monnaie légale du Canada, et 31 jours de grâce sont accordés pour leur paiement. La couverture du participant demeure en vigueur durant cette période si le paiement est effectué avant la fin du délai de grâce; autrement, elle se termine rétroactivement à la date d'échéance des primes.

# CONDITIONS GÉNÉRALES

---

## CALCUL DES PRIMES

La prime totale payable à toute date d'échéance est la somme des diverses primes requises pour chacune des garanties retenues, y compris celles des personnes à charge, s'il y a lieu. Cette prime est déterminée selon les taux alors en vigueur.

La prime afférente à toute augmentation, diminution, résiliation ou mise en vigueur de l'assurance après la prise d'effet de la police est calculée à compter du premier jour du mois suivant la date de prise d'effet de la modification ou de la mise en vigueur, à moins que cette modification ou mise en vigueur ne soit effective un premier du mois.

## MODIFICATION DES TAUX MENSUELS

Les taux mensuels sont garantis jusqu'à la date du premier renouvellement de la police collective et, par la suite, ils peuvent être modifiés par l'assureur le premier jour de tout mois d'assurance, pourvu que l'assureur en avise le titulaire par écrit 90 jours avant la prise d'effet de la modification en question. Cependant, une fois que les taux sont modifiés, l'assureur ne peut les changer à nouveau avant une période de 12 mois, sauf dans les cas précisés ci-dessous.

L'assureur peut modifier les taux des primes en tout temps si, de son avis, il survient une modification importante dans :

- a) le nombre de participants;
- b) la nature du risque couvert;
- c) les montants payables en vertu des garanties de la police collective par suite de changements apportés aux lois provinciales ou fédérales ou à leurs règlements, ou
- d) les montants payables en vertu des garanties de la police collective par suite de changements apportés aux taxes provinciales ou fédérales;

pourvu qu'il avise le titulaire par écrit de tel changement de taux avant la date de prise d'effet de la modification.

En cas de modification de la police collective, les nouveaux taux des primes qui résultent de la modification prennent effet à la date de prise d'effet de la modification.

# CONDITIONS GÉNÉRALES

---

## PAIEMENT DES PRIMES

Toutes les primes et tout réajustement de primes, s'il y a lieu, sont payables par le participant à la date de leur échéance respective. Le paiement d'une prime maintient la couverture en vigueur jusqu'au dernier jour de la période pour laquelle la prime a été payée.

Lorsque l'assurance d'un participant ou des personnes à charge prend fin pour une des raisons mentionnées sous la section *Fin de l'assurance*, la prime du mois au cours duquel l'assurance prend fin est payable.

## DÉLAI DE GRÂCE

Un délai de grâce de 31 jours, à l'exclusion de la date d'échéance de la prime, est accordé au participant pour le paiement de toute prime, sauf de la première. L'assurance est maintenue en vigueur durant ce délai, et le participant est tenu de payer au mandataire la prime échue pour la période, à moins qu'il n'ait au préalable avisé le mandataire par écrit que l'assurance devait être résiliée à la dernière échéance de prime.

À l'expiration du délai de grâce, si le participant n'a pas payé la prime échue, le mandataire se réserve le droit :

- a) d'imposer des frais d'intérêt à toute prime en souffrance;
- b) de retenir le paiement qui n'a pas été versé relativement à tous les sinistres subis, jusqu'à ce que les primes échues soient payées; et
- c) de résilier d'office le certificat à l'expiration du délai de grâce.

Si le participant avise le mandataire, par écrit, pendant le délai de grâce, de résilier l'assurance avant l'expiration de ce délai et que le mandataire y consent, le participant doit verser au mandataire une prime proportionnelle à la période comprise entre la date de la dernière échéance de prime et la date de résiliation de l'assurance.

# CONDITIONS GÉNÉRALES

---

## DEMANDES DE RÈGLEMENT

- **Assurance-médicaments, Assurance maladie complémentaire ou Assurance soins dentaires :**

Toute demande de règlement doit être reçue par l'assureur dans les 12 mois suivant la date de survenance du sinistre donnant droit à une prestation.

Cependant, si la présente police collective prend fin, une demande de règlement doit être soumise à l'assureur dans les 90 jours suivant la date de résiliation de la police collective.

- **Assurance maladie grave :**

Toute demande de règlement doit être reçue par l'assureur le plus rapidement possible après la date de survenance de la maladie ou de la chirurgie couverte, mais dans tous les cas, à l'intérieur de la période d'un an de la date de survenance de la maladie ou de la chirurgie couverte, à moins d'indication contraire en vertu de la garantie Assurance maladie grave.

- **Assurance vie ou Assurance décès et mutilation accidentels :**

Toute demande de règlement doit être reçue par l'assureur le plus rapidement possible après la date de survenance du sinistre donnant droit à une prestation, mais dans tous les cas, à l'intérieur de la période d'un an de la date de survenance du sinistre.

- **Assurance salaire de longue durée ou Assurance frais de bureau :**

Toute demande de règlement doit être reçue par l'assureur dans les 90 jours suivant immédiatement la fin du délai de carence du participant.

Toute demande de règlement doit être faite sur les formulaires fournis à cet effet par l'assureur et comporter tous les renseignements jugés nécessaires par ce dernier pour lui permettre de l'évaluer. Si l'assureur ne reçoit pas tous les renseignements exigés, il se réserve le droit de rejeter la demande de règlement.

L'assureur se réserve le droit d'exiger des preuves ou renseignements additionnels relativement à toute demande de règlement lorsqu'il le juge nécessaire.

## CONDITIONS GÉNÉRALES

---

Si l'assureur ne reçoit pas la demande de règlement dans les délais susmentionnés, ou les preuves ou renseignements additionnels demandés, il se réserve le droit de rejeter la demande de règlement.

Au moment d'une demande de règlement relative à une prestation basée sur le revenu du participant, le montant du revenu qui sert à déterminer la prestation est le moindre :

- a) du revenu le plus récemment déclaré par le titulaire à l'assureur et qui a servi au calcul de la prime à verser; et
- b) du revenu réel du participant au moment de l'événement qui fait l'objet de la demande de règlement, tel qu'établi d'après la définition de revenu gagné indiquée dans la police collective.

L'assureur entreprendra toute action nécessaire afin de repérer les demandes de règlement frauduleuses et de mener des enquêtes sur celles-ci en vertu de la police collective.

Un participant commet un crime s'il présente, en connaissance de cause et de façon intentionnelle, une demande de règlement qui contient de l'information erronée, incomplète ou trompeuse et avec l'intention de frauder l'assureur et le régime collectif.

L'assureur conserve le droit de vérifier les demandes de règlement à toute étape, et ce, même après avoir effectué le paiement, lorsqu'il soupçonne qu'une fraude a été commise ou qu'une fausse déclaration a été faite. Si l'assureur établit qu'un participant a, de façon intentionnelle, présenté une demande qui contient de l'information erronée ou trompeuse, l'assureur a le droit, à sa seule discrétion, d'en aviser le titulaire de la police, de refuser la demande de règlement ou d'exiger un remboursement si la demande a déjà fait l'objet d'un paiement. De plus, l'assureur aura le droit de mettre fin à la couverture complète du participant en vertu de la police, y compris de mettre fin à toute couverture souscrite pour les personnes à charge du participant, et l'assureur se réserve le droit de poursuivre en justice le participant conformément aux lois provinciales ou fédérales.

### BÉNÉFICIAIRE

Le bénéficiaire du participant doit être la ou les personnes désignées par le participant, par écrit, pour recevoir la prestation en cas de décès payable en vertu de la garantie d'Assurance vie du participant et, s'il y a lieu, de la garantie

## CONDITIONS GÉNÉRALES

---

d'Assurance décès et mutilation accidentels du participant, de la garantie d'Assurance vie facultative du participant et de la garantie d'Assurance facultative de décès et mutilation accidentels du participant. Si le participant ne désigne aucun bénéficiaire, toute prestation en cas de décès, qui devient payable en vertu des garanties susmentionnées, est versée à sa succession.

Toutes les prestations, autres que celles prévues par la garantie d'Assurance vie du participant, la garantie d'Assurance décès et mutilation accidentels du participant, la garantie d'Assurance vie facultative du participant et la garantie d'Assurance facultative de décès et mutilation accidentels du participant, sont payables seulement au participant, ou à sa succession, si le participant est décédé au moment du paiement des prestations.

Le participant peut désigner un bénéficiaire ou changer le bénéficiaire désigné en signant à cet effet une déclaration écrite, sous réserve des dispositions de la loi.

L'assureur n'est pas responsable de la convenance ou de la validité de la désignation de bénéficiaire ni du changement de bénéficiaire.

**Si le participant a nommé un bénéficiaire en vertu de l'ancienne police collective du titulaire de police, cette désignation s'appliquera à la protection d'assurance prévue par la présente police, à moins que le participant n'ait changé sa désignation par écrit auprès de l'assureur. Le participant doit vérifier la désignation de bénéficiaire effectuée en vertu de l'ancienne police collective du titulaire de police pour s'assurer qu'elle reflète ses intentions actuelles à l'égard de son assurance.**

**La présente police renferme une disposition qui supprime ou restreint le droit de la personne assurée de désigner des personnes auxquelles ou au profit desquelles des sommes assurées sont payables.**

### DROIT DE L'ASSUREUR DE FAIRE EXAMINER UN DEMANDEUR

L'assureur a le droit, lorsqu'il le juge nécessaire, de faire examiner par un médecin de son choix et à ses frais toute personne pour laquelle une demande de règlement est déposée et de demander une autopsie en cas de décès, lorsque la loi l'y autorise. De plus, l'assureur se réserve le droit d'obtenir le rapport de tout médecin praticien qui a examiné la personne pour laquelle une demande de règlement est déposée.

## CONDITIONS GÉNÉRALES

---

L'assureur, à ses frais et à sa discrétion, a le droit d'interroger sous serment toute personne qui a déposé une demande de règlement ou pour laquelle une demande de règlement a été déposée en vertu de la police collective, peu importe si une action en justice a été déposée par la personne en question en vertu de la police collective et relativement à ladite demande de règlement.

### SUBROGATION

**(Cette disposition ne s'applique pas aux prestations d'Assurance vie ni aux prestations d'Assurance décès et mutilation accidentels, le cas échéant.)**

Si des prestations sont payables en vertu de la police collective à l'égard d'un participant ou d'une personne à charge d'un participant et que cette personne a le droit de présenter une réclamation en dommages-intérêts contre une personne ou une organisation, l'assureur sera subrogé au recours du participant ou de la personne à charge contre ladite personne ou organisation jusqu'à concurrence des prestations payées ou payables à l'avenir.

Sans limiter la généralité de cette disposition, le terme «dommages-intérêts» comprend toute somme forfaitaire ou tout paiement périodique reçu en contrepartie de : i) toute perte de revenus passée, présente ou future; et ii) de toutes autres prestations payables par ailleurs en vertu de la police collective. Le participant ou la personne à charge devra rembourser à l'assureur la somme équivalant aux prestations payées ou payables par ailleurs à l'avenir en vertu de la police collective à même les dommages-intérêts obtenus en première instance ou avant le procès par quelque forme de règlement que ce soit, que le participant ou la personne à charge ait été pleinement indemnisé ou non pour sa perte.

Si le participant ou la personne à charge touche des dommages-intérêts en une somme forfaitaire, que ce soit sous forme de règlement ou par ordonnance du tribunal, et que rien n'a été prévu dans le règlement quant aux prestations payées ou payables par l'assureur, l'assureur se fera rembourser, à même les dommages-intérêts obtenus, le montant de toute prestation qui a été payée au participant ou à la personne à charge. De plus, l'assureur a le droit de se faire rembourser un montant, déterminé par l'assureur, qui reflète raisonnablement la valeur des prestations qui seraient payables au participant ou à la personne à charge en vertu de la police collective. Le montant récupéré par l'assureur à cet égard ne doit pas dépasser le montant des dommages-intérêts ou du règlement obtenu par le participant ou la personne à charge. Ce

## CONDITIONS GÉNÉRALES

---

droit de remboursement s'applique quelles que soient les dispositions du règlement ou de l'allocation convenue entre le participant ou la personne à charge et le tiers ou autrement attribuée.

Si le participant ou la personne à charge omet de rembourser l'assureur conformément à la police collective, l'assureur cessera de verser des prestations jusqu'à ce qu'il ait récupéré : a) le montant total des prestations payées au participant ou à la personne à charge; et b) un montant, déterminé par l'assureur, qui reflète raisonnablement le montant total ou la valeur des prestations qui seraient payables au participant ou à la personne à charge. Le montant récupéré par l'assureur à cet égard ne doit pas dépasser le montant des dommages-intérêts ou du règlement obtenu par le participant ou la personne à charge. L'assureur aura également le droit de réclamer directement du participant ou de la personne à charge toute somme payée en trop, faute de remboursement.

Le participant doit aviser l'assureur aussitôt qu'une action comportant une réclamation en dommages-intérêts contre un tiers est intentée par lui ou par une personne à sa charge. Le participant ou la personne à charge doit informer l'assureur de tout jugement ou règlement à l'issue d'une réclamation en dommages-intérêts contre un tiers et lui fournir des copies de tous les documents pertinents, de toute procédure écrite et de tout sommaire. Le participant ou la personne à charge doit veiller à ce que le droit de subrogation de l'assureur soit mentionné dans tout recours contre un tiers et doit donner à son avocat l'instruction de collaborer entièrement avec l'assureur. L'assureur ne peut être tenu responsable des frais juridiques ou des frais en ce qui concerne l'avancement de son recours subrogatoire à moins qu'il ait expressément accepté ces frais et dépenses par écrit à l'avance. L'assureur se réserve le droit de retenir les services d'un avocat et d'exercer son droit de subrogation contre le tiers et, à cet égard, le participant ou la personne à charge et son avocat doivent accorder leur entière collaboration à l'assureur dans le cadre de son recours.

Les demandes de subrogation de l'assureur ne doivent pas être réglées ni compromises de quelque manière que ce soit sans son consentement écrit préalable. Aucun règlement à l'égard d'une réclamation contre un tiers ne lie l'assureur s'il n'a pas donné son consentement préalable et, le cas échéant, l'assureur se réserve le droit de présenter une réclamation directement au participant ou à la personne à charge, conformément aux droits qui lui sont conférés en vertu de la police collective.

## CONDITIONS GÉNÉRALES

---

### RESTRICTIONS RELATIVES AUX ACTIONS EN JUSTICE

Aucune action ni procédure judiciaire visant l'assureur ne peut être déposée dans les 60 jours qui suivent immédiatement la date à laquelle une preuve écrite de demande de règlement est transmise à l'assureur conformément aux conditions et modalités de la police collective.

Toute action ou procédure contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables en vertu du présent contrat est absolument interdite, sauf si elle est intentée dans le délai prévu par la loi intitulée *Loi sur les assurances* ou par toute législation similaire applicable (p. ex. : *Loi sur la prescription des actions, 2002* [Ontario]; Code civil [Québec]) dans la province du participant.

## ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

---

Si le participant décède alors qu'il était couvert par la présente garantie, l'assureur s'engage à verser au bénéficiaire le capital assuré indiqué au Tableau sommaire, sous réserve des modalités et des conditions énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

### DÉFINITION

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

**Invalidité et invalide** : L'incapacité totale et continue du participant, par suite d'une maladie ou d'une blessure, qui l'empêche complètement d'exercer tout travail pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de sa scolarité, de sa formation ou de son expérience.

Cependant, si le participant est couvert en vertu de la garantie d'Assurance salaire de longue durée de la police collective, les définitions «invalidité» et «invalide» seront telles que définies dans ladite garantie.

### DROIT DE TRANSFORMATION

Le participant dont l'assurance vie est résiliée au moment de son 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance ou avant en raison de la terminaison de :

- a) son emploi;
- b) son appartenance au groupe; ou
- c) sa police collective et qui n'a cessé d'être couvert par une garantie d'assurance vie offerte par le titulaire de la police collective depuis au moins 5 ans,

peut transformer en tout ou en partie son assurance vie en une police d'assurance vie individuelle sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité.

Le participant peut choisir de transformer son assurance en :

- a) assurance permanente;
- b) assurance temporaire à 65 ans;

## ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

---

- c) assurance temporaire un an et transformable en assurance permanente ou temporaire à 65 ans à la fin de la période de un an.

Le montant pouvant être transformé en une police d'assurance individuelle comprendra tous les montants d'assurance vie pour lesquels le participant était assuré en vertu de la présente garantie, d'une garantie d'assurance vie facultative ainsi que de toute police d'assurance collective établie par l'assureur et n'excédera pas le moindre :

- a) du montant choisi par le participant;
- b) du montant pour lequel le participant était assuré immédiatement avant la fin de son assurance;
- c) de la différence entre le montant pour lequel le participant était assuré immédiatement avant la fin de son assurance et le montant auquel il est admissible en vertu d'une nouvelle police d'assurance vie collective;
- d) 400 000 \$ (200 000 \$ hors Québec).

La police d'assurance individuelle ne contient aucune garantie d'invalidité ni de prestation de décès ou mutilation accidentels, et la prime est basée sur les taux de l'assureur alors en usage et qui sont applicables, selon le type et le montant de telle police et selon le sexe et l'âge atteint par le participant.

La police individuelle n'est établie que si une demande écrite à cet effet et si un dépôt couvrant la prime mensuelle d'une police temporaire un an sont reçus par l'assureur dans les 31 jours suivant la date de la fin de l'assurance du participant et ne prend effet qu'à l'expiration de cette période.

Advenant le décès d'un participant pendant la période de 31 jours suivant la date de la fin de son assurance, l'assureur paie un montant égal au montant d'assurance qui aurait pu être transformé, peu importe que le participant ait ou non demandé de transformer son assurance en une police individuelle.

### EXONÉRATION DES PRIMES

- a) Un participant qui devient invalide est admissible à l'exonération du paiement des primes en vertu de la présente garantie, s'il est âgé de moins de 65 ans et à condition qu'il soit admissible aux prestations en vertu de la garantie d'Assurance salaire de longue durée de la police collective, si celle-ci y est incluse.

## ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

---

Si le participant n'est pas admissible à recevoir des prestations en vertu de la garantie d'Assurance salaire de longue durée ou si aucune garantie d'Assurance salaire de longue durée n'est incluse dans la police collective, il sera admissible à l'exonération du paiement des primes en vertu de la présente garantie s'il répond à chacune des conditions suivantes :

- i) être âgé de moins de 65 ans à la date du début de son invalidité;
  - ii) être devenu invalide avant toute cessation de son emploi, selon la définition d'invalide de la présente garantie, et alors qu'il était assuré en vertu de la présente garantie;
  - iii) être invalide de façon continue depuis au moins 6 mois;
  - iv) la preuve de son invalidité doit être considérée comme satisfaisante par l'assureur et doit lui être remise dans les 12 mois du début de l'invalidité, et ce, sans aucuns frais de la part de l'assureur.
- b) Le montant d'assurance pour lequel le participant est exonéré du paiement de la prime sera celui qui était en vigueur sur sa tête à la date du début de l'invalidité; ce montant sera réduit ou résilié tel qu'il est indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant, comme si le participant avait été effectivement au travail.
- c) L'exonération des primes du participant débute le jour suivant une période d'invalidité continue de 6 mois.
- d) Le participant dont les primes sont exonérées en vertu de cet article doit soumettre à l'assureur des preuves de son invalidité aussi souvent que l'assureur peut raisonnablement l'exiger. Ces preuves devront être présentées sans aucuns frais de la part de l'assureur.
- e) L'exonération des primes d'un participant cessera à la première des dates suivantes :
- i) la date à laquelle le participant cesse d'être invalide;
  - ii) la date à laquelle le participant omet de se faire examiner par le médecin désigné par l'assureur;
  - iii) la date à laquelle le participant prend sa retraite ou atteint l'âge normal de la retraite aux termes du régime de retraite de l'em-

## ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

---

- ployeur, mais sans jamais dépasser l'âge normal de la retraite indiqué au Tableau sommaire de la police collective;
- iv) la date à laquelle le participant atteint l'âge de cessation indiqué au Tableau sommaire relativement à la garantie d'assurance vie, le cas échéant;
  - v) la date à laquelle le participant omet de soumettre une preuve d'invalidité demandée par l'assureur;
  - vi) la date à laquelle le participant est incarcéré à la suite de la perpétration d'un acte criminel pour lequel il a été reconnu coupable.
- f) Si, à la date à laquelle l'exonération des primes prend fin pour le participant, ce dernier n'est pas admissible à la garantie d'Assurance vie du participant, il pourra exercer son droit de transformation conformément à la présente garantie.

### PROGRAMME « ASSURABILITÉ FUTURE »

#### **Ce programme est optionnel et offert aux membres de moins de 50 ans.**

Un membre admissible à ce programme et qui a soumis des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur a la possibilité, d'ajouter un montant à ses prestations, tel qu'indiqué au Tableau sommaire, avant d'atteindre l'âge de 50 ans, et ce, à chaque date de renouvellement de la présente police jusqu'à un maximum de 4 fois en soumettant une demande dans les 120 jours suivant la date de renouvellement.

Si le participant omet au cours d'une année d'exercer cette option, l'augmentation qu'il omet de demander ne peut s'ajouter à celle de l'année suivante.

Dans le cas où la prime n'est pas payée, toutes les tranches ajoutées dans le cadre de ce programme seront annulées.

De plus, un participant invalide ne peut se prévaloir de ce programme. Dans un tel cas, le participant pourra ajouter de nouveaux montants à ses prestations lors de son retour actif au travail.

## ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

---

### PRESTATION ANTICIPÉE

Moyennant une demande par le participant et sur réception par l'assureur d'une preuve en bonne et due forme que le participant est atteint d'une maladie en phase terminale, l'assureur paiera une prestation égale au moindre de 50 % du capital assuré ou 50 000 \$.

Le montant de la garantie d'assurance vie du participant en vertu de la police collective sera réduit du montant payé en vertu de ladite prestation et de tout intérêt couru en vertu dudit montant pouvant être demandé par l'assureur.

Comme il est stipulé dans la présente garantie, «maladie en phase terminale» signifie une blessure ou une maladie devant entraîner la mort dans les 12 mois qui suivent et pour laquelle il n'existe aucune possibilité raisonnable de guérison tel que déterminé par l'assureur.

Aucun montant ne sera payable en vertu de la présente garantie si l'intégralité ou une portion de l'assurance vie du participant en vertu de la police collective doit être payée à son ex-conjoint dans le cadre d'un accord de divorce.

### EXCLUSION RELATIVE À L'ÉTAT DE SANTÉ ANTÉRIEUR

**Applicable seulement aux membres de la catégorie 1 qui participent aux programmes « Adhésion pour les moins de 35 ans » et « Adhésion pour les moins de 40 ans »**

Le bénéficiaire n'a droit à aucune prestation d'assurance vie à la suite du décès du participant, si celui-ci décède par suite d'un accident ou d'une maladie survenus avant la date d'entrée en vigueur de la présente garantie et s'il a consulté un professionnel de la santé, et ayant nécessité des traitements ou des soins médicaux au cours des 12 mois précédant immédiatement cette date. Toutefois, les primes sont remboursées au bénéficiaire rétroactivement.

La présente disposition est sans effet lorsque le participant a été couvert par la présente garantie de façon continue et n'est pas devenu invalide par suite de ces causes pendant les 12 mois suivant la date d'entrée en vigueur de sa protection.

## ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

---

### EXCLUSION

Si un participant se suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non, moins de 24 mois suivant la date d'entrée en vigueur de sa protection en vertu de la présente garantie, aucune prestation ne sera versée par l'assureur. L'assureur ne remboursera au bénéficiaire que les primes relatives à l'assurance vie perçues pour ce participant et ce remboursement le libérera de toutes obligations en vertu de la présente garantie.

Le délai de 24 mois débute à nouveau à la date à laquelle :

- a) l'assurance vie est remise en vigueur; ou
- b) le montant d'assurance vie est augmenté à la demande du participant, mais uniquement pour le montant d'assurance additionnel.

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

---

Si une personne à charge décède alors qu'elle était couverte par la présente garantie, l'assureur s'engage à verser au participant le capital assuré, tel qu'indiqué au Tableau sommaire, sous réserve des modalités et des conditions énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

### **EXONÉRATION DES PRIMES**

Lorsqu'un participant est exonéré du paiement de ses primes d'assurance vie en vertu de l'article Exonération des primes de la garantie d'Assurance vie du participant, il sera aussi admissible à l'exonération du paiement des primes relatives à la présente garantie sous réserve des mêmes modalités et des mêmes conditions.

### **DROIT DE TRANSFORMATION**

Un participant dont l'assurance vie du conjoint est résiliée (i) avant ou au moment de son 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance ou (ii) avant ou au moment du 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de son conjoint, selon le premier des deux événements, en raison de la terminaison de :

- a) son emploi;
- b) son appartenance au groupe; ou
- c) sa police collective et dont le conjoint n'a cessé d'être assuré par la garantie d'Assurance vie des personnes à charge offerte par le titulaire de la police collective depuis au moins 5 ans,

peut transformer en tout ou en partie l'assurance vie de son conjoint en une police d'assurance vie individuelle sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité.

Un conjoint dont l'assurance vie est résiliée (i) avant ou au moment de son 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance ou (ii) avant ou au moment du 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant, selon le premier des deux événements, en raison du décès du participant, pourra transformer son assurance vie en tout ou en partie en une police d'assurance vie individuelle sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité.

## ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

---

Le participant ou le conjoint, le cas échéant, pourra transformer son assurance vie en un des types d'assurance suivants :

- a) permanente;
- b) temporaire à 65 ans; ou
- c) temporaire un an et transformable en assurance permanente ou temporaire à 65 ans à la fin de la période de un an.

Le montant pouvant être transformé en une police d'assurance individuelle comprendra tous les montants d'assurance vie pour lesquels le conjoint était assuré en vertu de la présente garantie, d'une garantie d'assurance vie facultative ainsi que de toute police d'assurance collective établie par l'assureur et n'excédera pas le moindre :

- a) du montant choisi par le participant ou le conjoint, le cas échéant;
- b) du montant pour lequel le conjoint était assuré immédiatement avant la fin de son assurance; et
- c) de la différence entre le montant pour lequel le conjoint était assuré immédiatement avant la fin de son assurance et le montant auquel il est admissible en vertu d'une nouvelle police d'assurance vie collective; et
- d) 400 000 \$ (200 000 \$ hors Québec).

La police d'assurance individuelle ne contient aucune garantie d'invalidité ni de prestation de décès ou mutilation accidentels, et la prime est basée sur les taux de l'assureur alors en usage et qui sont applicables selon le type et le montant de telle police et selon le sexe et l'âge atteint du conjoint.

La police individuelle n'est établie que si une demande écrite à cet effet et si un dépôt couvrant la prime mensuelle d'une police temporaire un an sont reçus par l'assureur dans les 31 jours suivant la date de la fin de l'assurance du conjoint et ne prend effet qu'à l'expiration de cette période.

Advenant le décès du conjoint pendant la période de 31 jours suivant la date de la fin de son assurance, l'assureur versera au participant ou à sa succession un montant égal au montant d'assurance qui aurait pu être transformé, peu importe que le participant ou le conjoint, le cas échéant, ait ou non demandé de transformer son assurance en police individuelle.

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

---

### EXCLUSION

Si une personne assurée se suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non, moins de 24 mois suivant la date d'entrée en vigueur de sa protection en vertu de la présente garantie, aucune prestation ne sera versée par l'assureur. L'assureur ne remboursera au participant que les primes relatives à l'assurance vie perçues pour telle personne et ce remboursement le libérera de toutes obligations en vertu de la présente garantie.

Le délai de 24 mois débute à nouveau à la date à laquelle :

- a) l'assurance vie est remise en vigueur; ou
- b) le montant d'assurance vie est augmenté à la demande du participant, mais uniquement pour le montant d'assurance additionnel.

## **ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE**

---

Advenant que la personne assurée subisse une perte décrite au *Tableau des montants d'assurance* de la présente garantie, l'assureur s'engage à verser le pourcentage du capital assuré correspondant à la perte subie, sous réserve des conditions et des modalités énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

Le capital assuré en vertu de la présente garantie sera versé comme indiqué au Tableau sommaire.

Le paiement sera fait à l'ordre du participant, sauf dans le cas où le participant aurait perdu la vie. Dans un tel cas, le paiement sera fait à l'ordre du bénéficiaire du participant.

### DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

#### **Perte :**

- a) relative à une main ou à un pied, la séparation complète au niveau ou au-dessus du poignet ou de l'articulation de la cheville mais au-dessous du coude ou de l'articulation du genou;
- b) relative à un bras ou à une jambe, la séparation complète au niveau ou au-dessus du coude ou de l'articulation du genou;
- c) relative à un pouce, la perte complète d'une phalange complète du pouce;
- d) relative à un doigt, la perte complète de deux phalanges entières du doigt;
- e) relative à un orteil, la perte complète d'une phalange entière du gros orteil et de toutes les phalanges des autres orteils;
- f) relative à un œil, la perte irrémédiable et complète de la vue d'un œil;
- g) relative à la parole, la perte irrémédiable et complète de la faculté de prononcer des sons intelligibles; et

# ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE

---

h) relative à l'ouïe, la perte irrémédiable et complète de l'ouïe.

**Perte de l'usage** : la perte totale et irrécouvrable de l'usage si la perte est continue pendant une période de 12 mois consécutifs et que ladite perte de l'usage est réputée être permanente à la fin de la période en question.

**Quadriplégie** : la paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs.

**Paraplégie** : la paralysie totale des membres inférieurs.

**Hémiplégie** : la paralysie totale des membres supérieur et inférieur d'un côté du corps.

## CONDITIONS

Des versements seront effectués dans les cas suivants :

- a) la perte résulte directement et uniquement d'un accident, sans égard à toute autre cause;
- b) la perte a été subie dans un délai de 365 jours suivant l'accident; et
- c) l'accident qui a occasionné la perte doit avoir eu lieu alors que le participant était couvert par la présente garantie.

## TABLEAU DES MONTANTS D'ASSURANCE

| <u>Type</u>   | <u>Pourcentage du capital assuré</u> |
|---|--------------------------------------|
| • <b>Perte</b>  |                                      |
| – de la vie; des deux mains; des deux pieds; d'une main et d'un pied; de la vue des deux yeux; d'une main et de la vue d'un oeil; d'un pied et de la vue d'un oeil; de l'ouïe des deux oreilles et de la parole | 100 %                                |
| – d'un bras; d'une jambe  | 75 %                                 |
| – d'une main; d'un pied; de la vue d'un oeil; de la parole; de l'ouïe des deux oreilles   | 66 2/3 %                             |
| – du pouce et de l'index d'une main; de quatre doigts d'une main; de tous les orteils d'un pied   | 33 1/3 %                             |
| – de l'ouïe d'une oreille   | 25 %                                 |

# ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE

---

## Type

|  | <b>Pourcentage du<br/>capital assuré</b> |
|--|--|
| • <b>Perte de l'usage</b>              |  |
| – des deux mains; des deux pieds       | 100 %                                    |
| – d'un bras; d'une jambe               | 75 %                                     |
| – d'une main; d'un pied                | 66 2/3 %                                 |
| – quadriplégie, paraplégie, hémiplegie | 200 %                                    |

## EXPOSITION ET DISPARITION

Si une personne assurée est inévitablement exposée aux éléments en raison d'un accident couvert en vertu de la présente garantie, et si par suite d'une telle exposition, elle subit une perte pour laquelle des prestations sont autrement payables dans la présente garantie, la perte en question sera payable en vertu de la présente garantie.

Si le corps d'une personne assurée n'est pas retrouvé un an après l'accident qui a occasionné la disparition ou le naufrage du moyen de transport dans lequel la personne assurée se déplaçait au moment de l'accident et qui est survenu dans des circonstances qui seraient autrement couvertes par la présente garantie, la personne assurée sera réputée avoir subi une perte de la vie pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie, à moins de preuve du contraire.

## RÉADAPTATION

Advenant que le participant subisse une perte pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie, le participant peut faire une demande de prestations supplémentaires par écrit auprès de l'assureur, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, pour couvrir les dépenses engagées dans le cadre d'un programme de réadaptation, à condition que :

- a) La perte entraîne l'incapacité du participant d'accomplir en grande partie toutes les tâches essentielles de son travail;
- b) La perte exige que le participant entreprenne une formation spéciale afin de pouvoir exercer une profession différente dans laquelle il ne se serait pas engagé autrement;

## **ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE**

---

- c) Le programme de réadaptation soit approuvé à l'avance par l'assureur;
- d) Les dépenses relatives au programme de réadaptation soient bel et bien engagées dans les 3 ans qui suivent la date de l'accident ayant occasionné la perte en question;
- e) Les dépenses afférentes au programme de réadaptation soient réputées être nécessaires et raisonnables par l'assureur. Les frais habituels de subsistance (par exemple, la pension), de déplacement et d'habillement ne sont pas remboursés.

Si des prestations de réadaptation sont prévues en vertu de toute autre disposition de la police collective, elles doivent être versées en vertu d'une seule des dispositions.

### FORMATION PROFESSIONNELLE

Le conjoint d'un participant qui a subi par suite d'un accident une perte de la vie pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie peut faire une demande de prestations par écrit auprès de l'assureur, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, pour couvrir les dépenses engagées dans le cadre d'un programme de formation professionnelle, à condition que :

- a) Le programme de formation professionnelle permette au conjoint d'exercer un emploi effectif qu'il n'aurait pu exercer autrement avant d'entreprendre ledit programme;
- b) Le programme de formation soit approuvé à l'avance par l'assureur;
- c) Les dépenses afférentes au programme de formation professionnelle soient bel et bien engagées dans les 3 ans qui suivent la date de l'accident du participant;
- d) Les dépenses relatives au programme de formation professionnelle soient réputées être nécessaires et raisonnables par l'assureur. Les frais habituels de subsistance (par exemple, la pension), de déplacement et d'habillement ne sont pas remboursés.

## **ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE**

---

Advenant que le conjoint reçoive des prestations en vertu des présentes, il n'est pas admissible aux prestations payables par la garantie Éducation.

### ÉDUCATION

La personne à charge d'un participant qui a subi par suite d'un accident une perte de la vie pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie peut faire une demande de prestations par écrit auprès de l'assureur pour couvrir les dépenses engagées pour la poursuite de ses études comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire, à condition que :

- a) Au moment du décès du participant, la personne à charge soit inscrite comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire, ou si elle est inscrite au niveau du secondaire au moment du décès du participant, qu'elle s'inscrive comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire dans les 365 jours qui suivent le décès du participant;
- b) Une preuve, à la satisfaction de l'assureur, selon laquelle la personne à charge est étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire, soit fournie à l'assureur sur demande.

Des prestations sont versées par l'assureur chaque année, pendant un maximum de 4 années consécutives. Le premier versement sera effectué à la dernière des éventualités suivantes à survenir : la date à laquelle les prestations afférentes à la perte de la vie à l'égard du participant sont payables en vertu de la présente garantie ou la date à laquelle l'assureur reçoit une preuve selon laquelle la personne à charge est inscrite comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire. Les prestations subséquentes sont versées pour chaque année scolaire successive à la date à laquelle l'assureur reçoit la preuve selon laquelle la personne à charge poursuit ses études à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire.

## **ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE**

---

Le montant de chaque paiement équivaudra au moindre des montants suivants :

- a) Le montant réel des dépenses engagées par la personne à charge pour la poursuite de ses études; ou
- b) 5 000 \$.

Advenant que le conjoint reçoive des prestations en vertu des présentes, il n'est pas admissible aux prestations versées en vertu de la garantie Formation professionnelle.

### TRANSPORT ET HÉBERGEMENT DE LA FAMILLE

Advenant l'hospitalisation d'une personne assurée alors qu'elle est assurée en vertu de la présente garantie et que cette hospitalisation résulte d'une perte pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie, le participant peut faire la demande de prestations supplémentaires par écrit auprès de l'assureur, jusqu'à concurrence de 2 000 \$, pour couvrir les dépenses réelles relatives à l'hébergement et au transport engagées par les membres de la famille immédiate de la personne assurée lui rendant visite à condition que :

- a) Les dépenses d'hébergement et de transport soient occasionnées uniquement par la visite faite à la personne assurée;
- b) Le transport ait été effectué par le chemin le plus direct à destination de l'hôpital;
- c) L'hôpital soit situé à au moins 150 kilomètres du lieu de résidence habituel de la personne assurée;
- d) La personne assurée soit sous les soins réguliers d'un médecin ou d'un chirurgien autorisé, autre qu'elle-même;
- e) Le médecin traitant ou le chirurgien puisse confirmer que la visite effectuée par un membre de la famille soit salutaire à la personne assurée;
- f) Les dépenses d'hébergement et de transport soient réputées être nécessaires et raisonnables par l'assureur.

## **ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE**

---

Si le transport à l'hôpital s'effectue dans un véhicule ou un moyen de transport autre qu'un véhicule autorisé à transporter des passagers moyennant paiement, le remboursement des dépenses de transport est limité à un maximum de 0,20 \$ du kilomètre.

### **Comme il est stipulé dans la présente garantie :**

- ♦ **Soins réguliers** : observation et traitement dans la mesure nécessaire prescrite par les normes existantes de la médecine pour traiter l'état nécessitant ladite hospitalisation.
- ♦ **Famille immédiate** : une personne d'au moins 18 ans, dont la relation avec la personne assurée en est une de conjoint, fils, fille, père, mère, frère, sœur, gendre, bru, beau-père, belle-mère, beau-frère ou belle-sœur.

Si des prestations de Transport et hébergement sont prévues en vertu de toute autre disposition de la police collective, elles doivent être versées en vertu d'une seule des dispositions.

### **RAPATRIEMENT**

Si une personne assurée, pendant qu'elle est assurée en vertu de la présente garantie, subit une perte de la vie par suite d'un accident alors qu'elle est à l'extérieur de sa province de résidence, et que des prestations sont payables pour cette perte en vertu de la présente garantie, l'assureur remboursera les dépenses réelles engagées jusqu'à concurrence de 10 000 \$ pour :

- a) la préparation de la dépouille mortelle de la personne assurée en vue du transport; et
- b) le transport de la dépouille mortelle de la personne assurée à son premier lieu de repos (y compris un salon funéraire sans toutefois s'y limiter) à proximité de son lieu de résidence habituel.

La personne ayant engagé les dépenses relatives à la préparation et au transport de la dépouille mortelle de la personne assurée est remboursée pourvu que ladite personne fournisse une preuve, à la satisfaction de l'assureur, qu'elle a bel et bien engagé lesdites dépenses.

## **ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE**

---

Si des prestations de Rapatriement sont prévues en vertu de toute autre disposition de la police collective, elles doivent être versées en vertu d'une seule des dispositions.

### TRANSFORMATIONS DU DOMICILE ET DU VÉHICULE

Advenant qu'une personne assurée, alors qu'elle est assurée en vertu de la présente garantie, subisse une perte pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie et qu'en raison de cette perte la personne assurée doive utiliser un fauteuil roulant pour se déplacer, le participant peut faire la demande de prestations supplémentaires par écrit auprès de l'assureur, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, pour couvrir les dépenses engagées à l'égard de ce qui suit :

- a) Le coût d'une seule série de transformations de la résidence principale de la personne assurée pour que ladite résidence soit adaptée de manière à être accessible et habitable en fauteuil roulant; et
- b) Le coût d'une seule série de transformations du véhicule à moteur utilisé par la personne assurée de manière à ce qu'il soit accessible par fauteuil roulant ou que la personne assurée puisse le conduire elle-même.

Les prestations sont payables pourvu que :

- a) Les dépenses afférentes aux transformations de la résidence de la personne assurée ou de son véhicule à moteur soient jugées raisonnables et nécessaires par l'assureur;
- b) Les dépenses soient engagées dans les 365 jours qui suivent l'accident ayant entraîné la perte;
- c) Les transformations du domicile soient effectuées par une ou par des personnes expérimentées dans ce genre de transformations et soient recommandées, par écrit, par un organisme reconnu qui fournit du soutien aux usagers de fauteuils roulants;

## **ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE**

---

- d) Les transformations du véhicule à moteur soient effectuées par une ou par des personnes expérimentées dans ce genre de transformations et soient approuvées par les autorités provinciales en matière d'octroi de permis.

### CEINTURE DE SÉCURITÉ

Advenant qu'une personne assurée, alors qu'elle est assurée en vertu de la présente garantie, subisse une perte pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie et que ladite perte survienne alors qu'elle conduisait un véhicule à moteur quelconque ou roulait à bord de ce véhicule, l'assureur paiera des prestations supplémentaires équivalentes à 10 % de son capital assuré, pourvu que :

- a) Le conducteur du véhicule à moteur ait conduit prudemment au moment de l'accident;
- b) La personne assurée ait correctement bouclé sa ceinture de sécurité au moment de l'accident. Une preuve, jugée satisfaisante par l'assureur, selon laquelle la personne assurée portait sa ceinture de sécurité au moment de l'accident, doit être soumise à l'assureur au moment de présenter la demande de règlement; et
- c) Le conducteur du véhicule à moteur ait possédé un permis de conduire en règle permettant au conducteur de conduire le genre de véhicule à moteur utilisé.

### **Comme il est stipulé dans la présente garantie :**

- ♦ **Véhicule à moteur** : un véhicule à moteur privé pour passagers.
- ♦ **Ceinture de sécurité** : un système de retenue dans un véhicule à moteur privé pour passagers.

### GARDERIE

Si, par suite d'un accident, un participant subit une perte de la vie pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie, et que l'enfant

## **ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE**

---

à sa charge est inscrit dans une garderie à la date de son décès ou est inscrit dans une garderie dans les 365 jours qui suivent son décès, la personne qui agit à titre de père ou de mère peut faire une demande de prestations par écrit auprès de l'assureur pour couvrir les dépenses nécessaires et raisonnables engagées par suite de ladite inscription de l'enfant à charge.

Les paiements seront effectués par l'assureur pour chaque année pendant laquelle l'enfant à charge est inscrit à une garderie, jusqu'à concurrence de ce qui suit, et ce, selon la première des éventualités ci-dessous à survenir :

- a) l'enfant à charge atteint l'âge de 12 ans; ou
- b) 4 paiements annuels ont été effectués.

Le premier paiement sera effectué à la dernière des éventualités suivantes à survenir : la date à laquelle les prestations de perte de la vie versées à l'égard du participant sont payables en vertu de la présente garantie ou la date à laquelle l'assureur reçoit une preuve selon laquelle l'enfant à charge est inscrit dans une garderie. Des paiements subséquents seront payables pour chaque année successive à la date à laquelle l'assureur reçoit une preuve selon laquelle l'enfant à charge est inscrit dans une garderie.

Le montant de chaque paiement équivaldra au moindre des montants suivants :

- a) Le montant réel demandé par la garderie à l'égard de l'enfant à charge; ou
- b) 5 000 \$.

### **Comme il est stipulé dans la présente garantie :**

- ♦ **Garderie** : un centre qui a été autorisé par le gouvernement provincial à fournir des services de garde pour enfants.

### RESTRICTIONS

Le montant total payable pour toutes les pertes découlant de tout accident ne doit pas dépasser le montant d'assurance de la personne assurée tel

## **ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE**

---

qu'indiqué au Tableau sommaire de la présente garantie, sauf s'il s'agit d'hémiplégie, de quadriplégie ou de paraplégie.

Si, par suite d'un accident quelconque, une personne assurée est victime de plus d'une perte selon le *Tableau des montants d'assurance* à l'égard d'un membre quelconque, le paiement sera versé uniquement en fonction de la perte visée par le montant le plus élevé.

### INDEMNITÉ MAXIMALE GLOBALE POUR TOUTES LES PERTES SUBIES AU COURS D'UN MÊME ACCIDENT AÉRIEN

Nonobstant les prestations payables à chaque personne assurée, l'indemnité maximale globale pour toutes les pertes couvertes subies par toutes les personnes assurées par suite du même accident aérien ne doit pas dépasser 5 000 000 \$.

Advenant que l'indemnité maximale globale soit insuffisante pour couvrir le montant intégral stipulé pour chaque personne assurée, le montant des prestations payables à l'égard de chaque personne assurée sera proportionnel à l'indemnité maximale globale par rapport au montant total des prestations à payer sauf l'indemnité maximale globale.

### EXCLUSIONS

Aucun montant n'est versé en vertu de la présente garantie si le décès ou la mutilation résulte directement ou indirectement :

- a) d'un suicide ou d'une tentative de suicide ou de toute blessure que la personne assurée s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- b) d'un acte criminel que la personne assurée a commis ou tenté de commettre, ou de la provocation d'une agression;
- c) de toute agitation civile, insurrection ou guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;
- d) du service dans les forces armées ou auxiliaires de tout pays;

## **ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE**

---

- e) d'un vol ou d'un voyage à bord d'un avion ou d'un aéronef, sauf si le participant vole à titre de passager et n'est pas membre de l'équipage ou n'exerce pas une fonction quelconque à bord de l'aéronef ou se rapportant au vol, à condition (i) qu'un tel aéronef soit muni d'un certificat de navigabilité, (ii) qu'il soit piloté par une personne qui détient un permis de vol à jour et valide faisant foi de ses compétences de pilote et l'autorisant à piloter l'aéronef, et (iii) qu'il ne soit pas la propriété, qu'il ne soit pas exploité, nolisé ou loué par le titulaire de la police collective ou par l'employeur du participant.
- L'embarquement à bord d'un aéronef ou le débarquement d'un aéronef sont considérés comme faisant partie du vol;
- f) la conduite d'un véhicule motorisé alors que la personne assurée avait un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise par la loi au moment de l'accident.

### EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsqu'un participant est exonéré du paiement de ses primes en vertu de l'article Exonération des primes de la garantie d'Assurance vie du participant, il est aussi admissible à l'exonération du paiement des primes relatives à la présente garantie sous réserve des mêmes modalités et des mêmes conditions.

# ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

---

L'assureur s'engage à verser au participant qui devient invalide alors qu'il était couvert par la présente garantie et qu'il était effectivement au travail le montant de la prestation mensuelle prévue dans la présente garantie, pour chaque mois ou partie de mois durant lequel ou laquelle persiste ladite invalidité, sous réserve des conditions et des modalités énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

## DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

### **Invalidité et invalide**

#### *Invalidité totale*

#### Catégorie 1 :

Membres qui participent aux programmes « Adhésion pour le moins de 35 ans » et « Adhésion pour le moins de 40 ans » : Au cours des 5 premières années suivant le début de l'invalidité du participant, le participant est incapable d'exercer en grande partie toutes les tâches essentielles de sa profession habituelle et de gagner au moins 80 % de son revenu indexé brut mensuel avant l'invalidité par suite d'une maladie ou d'une blessure, tel que déterminé par l'assureur.

Par la suite, le participant est incapable d'exercer en grande partie toutes les tâches essentielles de sa profession habituelle ou de tout emploi pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de sa formation, de sa scolarité ou de son expérience, et est incapable de gagner au moins 70 % de son revenu indexé brut mensuel avant l'invalidité par suite d'une maladie ou d'une blessure, tel que déterminé par l'assureur.

Cependant, un participant qui occupe tout travail ou emploi, à l'exception de ce qui est prévu dans la présente garantie, ne sera plus considéré comme invalide.

Membres et membres qui participent aux programmes « Adhésion pour le moins de 35 ans » et « Adhésion pour le moins de 40 ans » et qui décident de prendre de l'assurance salaire supplémentaire : Le participant est incapable d'exercer en grande partie toutes les tâches essentielles de sa profession habituelle jusqu'à l'âge de 70 ans et de gagner au moins 80 %

## ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

---

de son revenu indexé brut mensuel avant l'invalidité par suite d'une maladie ou d'une blessure, tel que déterminé par l'assureur.

Cependant, un participant qui occupe tout travail ou emploi, à l'exception de ce qui est prévu dans la présente garantie, ne sera plus considéré comme invalide.

### Catégorie 2 :

Au cours des 2 premières années suivant le début de l'invalidité du participant, le participant est incapable d'exercer en grande partie toutes les tâches essentielles de sa profession habituelle et de gagner au moins 80 % de son revenu indexé brut mensuel avant l'invalidité par suite d'une maladie ou d'une blessure, tel que déterminé par l'assureur.

Par la suite, le participant est incapable d'exercer en grande partie toutes les tâches essentielles de sa profession habituelle ou de tout emploi pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de sa formation, de sa scolarité ou de son expérience, et est incapable de gagner au moins 70 % de son revenu indexé brut mensuel avant l'invalidité par suite d'une maladie ou d'une blessure, tel que déterminé par l'assureur.

Cependant, un participant qui occupe tout travail ou emploi, à l'exception de ce qui est prévu dans la présente garantie, ne sera plus considéré comme invalide.

### Invalidité partielle (catégorie 1 seulement)

État d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident, qui réduit les capacités du participant d'exercer ses fonctions professionnelles habituelles et qui, de ce fait, lui cause une perte de revenu d'au moins 20 % avant l'invalidité.

**Revenu indexé brut mensuel avant l'invalidité :** Le revenu mensuel reçu par le participant, immédiatement avant la date de début de l'invalidité, augmenté chaque 1<sup>er</sup> mars qui coïncide ou qui suit le prochain anniversaire de la date à laquelle le participant a eu droit à la prestation mensuelle selon l'indice des prix à la consommation (tel que publié par le gouvernement du Canada) de l'année civile qui précède.

# ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

---

**Revenu brut mensuel avant l'invalidité** : Le revenu mensuel reçu par le participant immédiatement avant la date de début de son invalidité.

**Revenu net mensuel avant l'invalidité** : Le revenu mensuel reçu par le participant immédiatement avant la date de début de son invalidité, réduit des retenues d'impôts, du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, d'assurance-emploi et du Régime québécois d'assurance parentale.

**Délai de carence** : La période indiquée au Tableau sommaire pendant laquelle le participant doit être absent du travail en raison d'une invalidité avant d'avoir droit à des versements de prestation mensuelle.

## MODALITÉS DE LA PRESTATION

### **Début des versements de la prestation**

Le paiement de la prestation mensuelle commence après l'expiration du délai de carence indiqué au Tableau sommaire.

### **Montant des versements de la prestation**

Le montant de la prestation mensuelle payable en vertu de la présente garantie est calculé selon la formule établie au Tableau sommaire et sera limité au maximum mensuel indiqué à ce même tableau.

Toutefois, dans le cas d'une invalidité partielle, le montant de la prestation mensuelle payable en vertu de la présente garantie correspond à une portion de la somme assurée. Cette portion est égal au pourcentage de perte de revenu que subit le participant en raison de son invalidité.

### **Réduction des versements de la prestation**

La prestation mensuelle payable sera réduite de toute prestation d'invalidité payable ou qui serait payable au participant si une demande satisfaisante avait été faite en vertu :

- a) du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, à l'exclusion des prestations pour les enfants à charge;

## ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

---

- b) d'une loi sur les accidents du travail;
- c) d'une loi provinciale sur l'assurance automobile;
- d) d'une loi provinciale d'indemnisation des victimes d'actes criminels.

De plus, le montant de la prestation mensuelle payable par l'assureur sera réajusté pour que la somme de tous les revenus, les compensations, les indemnités et les prestations que le participant recevrait ou pourrait recevoir, en raison de son invalidité de la part (a) du titulaire, (b) de l'employeur, (c) de tout organisme gouvernemental, (d) d'un régime d'assurance souscrit par une franchise ou une association, (e) d'une assurance collective ou d'un régime de retraite auquel contribue le titulaire ou l'employeur, (f) d'un tiers sous la forme de dommages en raison d'une perte de revenu, ne puisse en aucun cas excéder le maximum de toutes sources, tel qu'il est déterminé au Tableau sommaire.

Après que les premières réductions sont effectuées pour les organismes énumérés dans la présente disposition, l'indexation future des montants versés par de tels organismes n'entraînera aucune autre réduction.

### **Cessation des versements de la prestation**

Les versements de la prestation mensuelle cessent à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle se termine la période maximale de prestations spécifiée au Tableau sommaire;
- b) La date à laquelle le participant cesse d'être invalide;
- c) La date à laquelle le participant atteint l'âge de 70 ans pour un membre des catégories 1, 3 et 4 ou atteint l'âge de 65 ans pour un employé de la catégorie 2;
- d) Catégorie 1 :  
La date à laquelle le participant prend sa retraite;  
Catégorie 2 :  
La date à laquelle le participant prend sa retraite ou atteint l'âge normal de la retraite aux termes du régime de retraite de l'employeur, mais sans jamais dépasser l'âge normal de la retraite indiqué au Tableau sommaire de la police collective;
- e) La date du décès du participant;

## **ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE**

---

- f) La date à laquelle le participant omet de se faire examiner par le médecin désigné par l'assureur;
- g) La date à laquelle le participant omet de soumettre les preuves d'invalidité demandées par l'assureur;
- h) La date à laquelle le participant refuse de participer de bonne foi à un programme de travail modifié ou de réadaptation ou d'occuper un emploi à l'essai ou à temps partiel que l'assureur a recommandé;
- i) La date à laquelle le participant est incarcéré à la suite de la perpétration d'un acte criminel pour lequel il a été reconnu coupable.

### **PÉRIODES SUCCESSIVES D'INVALIDITÉ**

Si un participant qui était invalide reprend effectivement le travail à temps plein puis redevient invalide durant l'effet de la présente garantie, l'invalidité sera considérée comme la continuation de l'invalidité précédente, si :

- a) elle résulte de la ou des mêmes causes que l'invalidité précédente;
- b) au cours du délai de carence, le participant a effectivement repris le travail à temps plein pour une période de moins de 30 jours consécutifs; et
- c) après l'expiration du délai de carence, le participant est effectivement retourné au travail à temps plein pour une période de moins de 6 mois.

Cependant, si la période d'invalidité subséquente résulte d'une ou de plusieurs causes non liées à la cause de l'invalidité antérieure, elle sera considérée comme une nouvelle invalidité et un nouveau délai de carence sera imposé.

### **DON D'ORGANE ET CHIRURGIE ESTHÉTIQUE**

Si l'invalidité résulte d'une intervention chirurgicale pratiquée en vue de la transplantation d'un des organes du participant chez un receveur ou d'une intervention de chirurgie esthétique due à une maladie ou à une blessure accidentelle subie après que le participant soit demeuré couvert pendant au moins 6 mois, et si l'invalidité subsiste pendant au moins 30 jours et que le délai de carence soit écoulé, l'invalidité sera considérée comme résultant d'une maladie et elle donnera lieu au versement des prestations mensuelles.

# ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

---

## PRÉSUMPTION D'INVALIDITÉ

Si, à la suite d'une blessure ou d'une maladie, le participant perd totalement et définitivement, l'usage des deux mains, des deux pieds, d'une main et d'un pied, de la vision des deux yeux, de l'ouïe des deux oreilles, ou de la parole, et que :

- a) le participant ait perdu antérieurement, en tout ou en partie, l'usage de la main ou du pied ou, en partie, la vision d'un œil, l'ouïe d'une oreille ou l'usage de la parole, pendant qu'il était couvert par la police collective, ou
- b) que cette perte ait résulté d'une maladie qui s'est manifestée alors que le participant était couvert en vertu de la présente garantie;

le participant sera considéré comme totalement invalide à compter de la date de survenance de la perte totale et définitive. Le participant aura droit aux prestations mensuelles d'invalidité, qu'il exerce ou non une activité rémunérée et qu'il soit ou non suivi ou traité par un médecin.

## PRESTATION DE SURVIVANT

Advenant le décès du participant alors qu'il recevait une prestation mensuelle ou alors qu'il avait droit à une prestation mensuelle en vertu de la présente garantie, l'assureur versera une prestation au survivant admissible ou, s'il y a lieu, aux survivants. S'il n'y a aucun survivant à la date du décès, la prestation sera versée à la succession.

Le montant de la prestation à verser au survivant admissible ou, s'il y a lieu, aux survivants, correspondra au triple du montant de la prestation nette mensuelle qui a été versée ou qui aurait été versée au participant par l'assureur immédiatement avant son décès si celui-ci était invalide durant une période de 180 jours consécutifs ou plus.

Si la prestation peut être versée aux enfants du participant, l'assureur effectuera le paiement aux enfants ou à la personne qui, légalement, a le droit de recevoir le paiement au nom des enfants. Si deux enfants ou plus ont droit à une prestation, ils devront se partager la prestation en parts égales.

# ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

---

**Comme il est stipulé dans la présente garantie :**

**Survivant admissible :** Le conjoint ou les enfants du participant, si le participant n'a pas de conjoint au moment de son décès.

**Conjoint :** Tel que défini selon la définition de personne à charge de la disposition Définitions.

**Enfants :** Tels que définis selon la définition de personne à charge de la disposition Définitions.

## EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

- a) La prestation mensuelle ne couvre aucune invalidité attribuable à l'une des causes suivantes :
- i) Toute agitation civile, toute insurrection ou guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou toute participation à une émeute;
  - ii) Toute tentative de suicide ou toute blessure que le participant s'inflige volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
  - iii) Tout soin qui n'est pas médicalement nécessaire ou qui est donné dans un but esthétique, sauf si le soin est dû à une maladie ou à une blessure accidentelle;
  - iv) Toute perpétration, toute tentative de perpétration d'un acte criminel ou toute provocation d'une agression ou d'un acte criminel.
- b) Aucune prestation mensuelle n'est payable :
- i) Durant tout congé pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou au cours de tout congé pris en accord avec l'employeur;
  - ii) Durant toute prolongation d'un tel congé, si le participant avait droit à ce congé et en avait fait la demande.

Toutefois, si la garantie du participant est maintenue en vigueur pendant le congé, le délai de carence de l'assurance salaire débutera à la date prévue du retour au travail du participant s'il n'avait pas été invalide.

## ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

---

- c) Aucune prestation mensuelle ne sera versée lors de toute période au cours de laquelle le participant ne bénéficie pas des soins et des traitements prodigués par un médecin, autre que lui-même, qui est un spécialiste en médecine diplômé dans une discipline liée à l'invalidité ou au cours de laquelle le participant ne suit pas un traitement médical ou qu'il ne participe pas à un programme de réadaptation qui, selon l'assureur, est nécessaire du point de vue médical.
- d) La prestation mensuelle ne sera pas versée à un participant qui s'absente du Canada alors qu'il est invalide et, s'il y a lieu, le délai de carence sera interrompu pendant son absence du Canada. Le droit du participant de recevoir la prestation mensuelle sera de nouveau rétabli à son retour au Canada et, s'il y a lieu, le délai de carence sera de nouveau rétabli à son retour au Canada, sous réserve de toute autre disposition de la présente garantie.

De plus, la prestation mensuelle ne sera pas versée dans le cas d'une invalidité qui survient pendant un voyage à l'extérieur du Canada, le délai de carence de la prestation mensuelle débutera à la date de retour au Canada du participant ou, s'il y a lieu, les prestations prévues ne seront payables qu'au retour au Canada du participant.

- e) La prestation mensuelle ne sera pas versée à un participant qui refuse de travailler à l'essai ou à temps partiel ou de participer à un programme de travail modifié ou de réadaptation, tel que recommandé par l'assureur.
- f) La prestation mensuelle ne sera pas versée à un participant pendant toute période durant laquelle le participant reçoit des sommes de l'employeur, tenant lieu de préavis en vertu d'une indemnité de départ.

Lorsque l'indemnité de départ est versée au participant sous forme de montant forfaitaire, cette exclusion s'applique à la période de préavis pour laquelle la somme est attribuée.

### SUPPLÉMENT AUX PRESTATIONS DE L'ASSURANCE EMPLOI OU DE L'ASSURANCE PARENTALE EN RAISON DE GROSSESSE

Lorsqu'une participante est en arrêt de travail pour une condition médicale autre que la grossesse avant l'accouchement et que perdure ladite période d'invalidité après l'accouchement, l'assureur verse la différence entre le montant de la prestation d'invalidité qui serait normalement payée, soit le

## ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

---

montant pour lequel la participante a cotisé, moins le montant reçu de l'assurance emploi ou de l'assurance parentale pendant le congé de maternité ou le congé parental, à condition (i) qu'il y a toujours confirmation de la condition médicale dont résulte l'invalidité et (ii) qu'il y a toujours des limitations fonctionnelles en raison desquelles la participante ne pourrait exercer ses fonctions si il n'y avait pas eu de grossesse.

### EXCLUSION RELATIVE À L'ÉTAT DE SANTÉ ANTÉRIEUR

**Applicable seulement aux membres de la catégorie 1 qui participent aux programmes « Adhésion pour le moins de 35 ans » et « Adhésion pour le moins de 40 ans »**

Comme il est stipulé dans la présente disposition, l'état de santé antérieur signifie une blessure ou une maladie :

- a) qui a été contractée par le participant ou dont il a souffert; ou
- b) dont les symptômes ont amené le participant à subir un traitement donné par un médecin; ou
- c) dont les symptômes ont été analysés ou examinés par un médecin; ou
- d) pour lesquelles le participant a pris des médicaments, tels que prescrits par un médecin,

au cours de la période de 12 mois précédant la date à partir de laquelle le participant était couvert par la présente garantie.

Aucune prestation mensuelle n'est payable pour une invalidité qui :

- a) découle directement ou indirectement d'un état de santé antérieur ou est liée ou est attribuable, d'une quelconque façon ou à un quelconque degré, à un état de santé antérieur; et
- b) a débuté au cours des 12 premiers mois après que le participant a été couvert par la présente garantie.

Toutefois, advenant que la police collective remplace une autre police, une prestation mensuelle sera versée pour une invalidité causée par un état de santé antérieur, pourvu que le participant :

- a) ait été couvert par la précédente police à la date de sa résiliation; et

## ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

---

- b) ait été couvert par la présente garantie à la date de l'entrée en vigueur de la police collective; et
- c) ait été effectivement au travail à la date de l'entrée en vigueur de la police collective; et
- d) respecte la période d'exclusion relative à l'état de santé antérieur de la police collective, compte tenu de la période continue écoulée en vertu des deux polices, ou de la police antérieure, compte tenu de la période continue écoulée en vertu des deux polices.

La prestation mensuelle payable au participant sera établie selon la prestation de la présente garantie, mais ne dépassera en aucun cas la prestation mensuelle maximale de la police antérieure.

### EXONÉRATION DES PRIMES

- a) Un participant qui devient invalide est admissible à l'exonération du paiement des primes en vertu de la présente garantie, s'il est âgé de moins de 70 ans pour un membre des catégories 1, 3 et 4 ou moins de 65 ans pour un employé de la catégorie 2.
- b) Le montant d'assurance pour lequel le participant est exonéré du paiement de la prime sera celui qui était en vigueur sur sa tête à la date du début de l'invalidité; ce montant sera réduit ou résilié tel qu'il est indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant, comme si le participant avait été effectivement au travail.
- c) L'exonération des primes du participant débute le jour suivant la fin du délai de carence.
- d) Le participant dont les primes sont exonérées en vertu de cet article doit soumettre à l'assureur des preuves de son invalidité aussi souvent que l'assureur peut raisonnablement l'exiger. Ces preuves devront être présentées sans aucuns frais de la part de l'assureur.
- e) L'exonération des primes d'un participant cessera à la première des dates suivantes :
  - i) la date à laquelle le participant cesse d'être invalide;
  - ii) la date à laquelle le participant omet de se faire examiner par le médecin désigné par l'assureur;

## ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

---

- iii) Catégorie 1 :  
La date à laquelle le participant prend sa retraite;  
Catégorie 2 :  
La date à laquelle le participant prend sa retraite ou atteint l'âge normal de la retraite aux termes du régime de retraite de l'employeur, mais sans jamais dépasser l'âge normal de la retraite indiqué au Tableau sommaire de la police collective;
- iv) la date à laquelle le participant atteint l'âge de cessation indiqué au Tableau sommaire relativement à la présente garantie;
- v) la date à laquelle le participant omet de soumettre une preuve d'invalidité demandée par l'assureur;
- vi) la date à laquelle le participant est incarcéré à la suite de la perpétration d'un acte criminel pour lequel il a été reconnu coupable.

### DROIT DE L'ASSUREUR DE FAIRE PARTICIPER UN DEMANDEUR À UN PROGRAMME DE RETOUR AU TRAVAIL

L'assureur se réserve le droit de demander à un participant invalide de participer à un programme de réadaptation, de travail modifié ou d'occuper un emploi à l'essai ou à temps partiel recommandé par l'assureur afin de l'aider à retrouver un emploi rémunérateur, si l'assureur établit que le programme est pertinent pour le participant compte tenu de son invalidité et de son niveau de scolarité, de sa formation et de son expérience. Si le participant ne collabore pas ou ne participe pas au programme, il ne sera plus admissible à recevoir une prestation mensuelle.

Si un participant invalide

- a) occupe un emploi à l'essai, un emploi à temps partiel ou participe à un programme de travail modifié approuvé par l'assureur; ou
- b) participe à un programme de réadaptation approuvé par l'assureur;

avec l'intention de retourner au travail afin d'occuper son propre emploi ou tout autre emploi et qu'à ce moment, il est incapable de gagner au moins 80 % de son revenu indexé mensuel brut avant l'invalidité en raison de la maladie ou de la blessure dont résulte son invalidité, il sera toujours considéré par l'assureur comme invalide.

## ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

---

L'assureur se réserve le droit de demander à un participant invalide de participer à un programme de réadaptation, de travail modifié ou d'occuper un emploi à l'essai ou à temps partiel recommandé par l'assureur afin de l'aider à retrouver un emploi rémunérateur, si l'assureur établit que le programme est pertinent pour le participant compte tenu de son invalidité et de son niveau de scolarité, de sa formation et de son expérience. Si le participant ne collabore pas ou ne participe pas au programme, il ne sera plus admissible à recevoir une prestation mensuelle.

Si le participant invalide reçoit un revenu pour sa participation à un programme de travail modifié, de réadaptation ou pour un emploi à l'essai ou à temps partiel, le montant de la prestation mensuelle qui lui sera versé en vertu des dispositions de la présente garantie correspondra à une portion de la somme assurée. Cette portion est égal au pourcentage de perte de revenu que subit le participant en raison de son invalidité. La participation à un programme de travail modifié, de réadaptation ou pour un emploi à l'essai ou à temps partiel prend fin après une période maximale de 24 mois, sans toutefois dépasser le 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant.

Toutefois, la somme de la rémunération du programme de réadaptation et de la prestation mensuelle en vertu de la présente garantie ne doit pas excéder le revenu mensuel que touchait le participant au début de la période d'invalidité. Si cette somme excède 100 % du revenu mensuel net établi au début de l'invalidité (ou du revenu mensuel brut si la prestation est imposable), la prestation prévue par la garantie sera réduite de façon à ne pas dépasser ce revenu.

L'assureur paiera les frais engagés par le participant, autres que les frais habituels liés à son emploi, qui sont reliés à l'emploi à l'essai recommandé, à l'emploi à temps partiel ou au programme de travail modifié ou de réadaptation, pourvu que les frais soient approuvés par écrit par l'assureur avant d'être engagés.

## **ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE**

---

### AJUSTEMENT AU COÛT DE LA VIE

**Cet ajustement est optionnel et offert aux membres de moins de 55 ans.**

Le montant de prestation mensuelle versé sera ajusté le premier jour de janvier de chaque année, selon l'indice des prix à la consommation, jusqu'à concurrence du taux maximum d'ajustement au coût de la vie indiqué au Tableau sommaire, après une période de 12 mois de prestations.

Si cette option est retenue, le participant doit la conserver jusqu'à la date de terminaison de la présente garantie.

### PROGRAMME « ASSURABILITÉ FUTURE »

**Ce programme est offert aux membres de moins de 50 ans.**

Un participant admissible à ce programme et qui a soumis des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur a la possibilité, d'ajouter une tranche à ses prestations, tel qu'indiqué au Tableau sommaire, avant d'atteindre l'âge de 50 ans, et ce, à chaque date de renouvellement de la présente police jusqu'à un maximum de 4 fois en soumettant une demande dans les 120 jours suivant la date de renouvellement.

Le participant peut annuler ses tranches ajoutées en tout temps et s'il le fait, il ne pourra les rajouter dans le cadre de ce programme.

De plus, un participant invalide ne peut se prévaloir de ce programme. Dans un tel cas, le participant pourra ajouter de nouvelles tranches à ses prestations lors de son retour actif au travail.

Un participant invalide qui n'a pas ajouté toutes les tranches supplémentaires disponibles en vertu de ce programme, pourra ajouter 5 tranches de 100 \$, une seule fois, en respectant les modalités relatives au maximum de toutes sources prévu.

## ASSURANCE FRAIS DE BUREAU

---

Conformément aux dispositions de la police collective, l'assureur s'engage à payer au participant atteint d'invalidité totale avant l'âge de 70 ans, à partir de la fin du délai de carence de 30 jours et pour une durée maximale de 12 mois, les frais couverts par la présente garantie, jusqu'à concurrence du montant d'assurance alors en vigueur, à condition qu'il ait été assuré en vertu de la présente garantie au début de l'invalidité totale.

Durant une même période d'invalidité totale, le montant d'assurance n'est pas modifié. Le délai de carence et la durée maximale s'appliquent par même période d'invalidité totale. Le premier versement est fait un mois après l'expiration du délai de carence et de mois en mois par la suite tant que subsiste l'invalidité totale.

Le premier ou le dernier versement de l'assureur, pour une même période d'invalidité, est fractionné, le cas échéant, à raison de 1/30 par jour d'invalidité totale pour le mois au cours duquel les prestations de l'assureur débutent ou se terminent.

### DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

#### **Invalidité et invalide**

##### *Invalidité totale*

Le participant est incapable d'exercer en grande partie toutes les tâches essentielles de sa profession habituelle jusqu'à l'âge de 70 ans et de gagner au moins 80 % de son revenu indexé brut mensuel avant l'invalidité par suite d'une maladie ou d'une blessure, tel que déterminé par l'assureur.

Cependant, un participant qui occupe tout travail ou emploi, à l'exception de ce qui est prévu dans la présente garantie, ne sera plus considéré comme invalide.

**Délai de carence** : Une période qui commence au début d'une même période d'invalidité et pendant laquelle aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie. Le participant peut opter pour les délais de carence indiqués au Tableau sommaire.

# ASSURANCE FRAIS DE BUREAU

---

## MONTANT D'ASSURANCE

Le montant d'assurance disponible est indiqué au Tableau sommaire.

## FRAIS COUVERTS

Sur présentation de pièces justificatives jugées satisfaisantes par l'assureur, la présente garantie couvre la portion effectivement supportée par le participant de certains frais de son bureau énumérés ci-dessous, dans la mesure où elles continuent d'être requises.

- Par frais couverts, on entend : le loyer, l'électricité, le chauffage, l'eau, l'amortissement, les salaires des employés du membre assuré, les cotisations professionnelles et les autres frais fixes normalement reliés à l'exploitation d'un bureau.
- Dans le cas d'une société en nom collectif ou d'une entreprise exploitée en vertu d'une entente de partage de frais, seule la fraction des frais qui sont à la charge du participant est considérée comme admissible.
- Les taxes et intérêts de prêts hypothécaires se rapportant aux locaux que le participant possède et dont il se sert dans l'exercice de sa profession (sauf la partie du versement hypothécaire à valoir sur le capital) sont admissibles.
- Sont exclus tout compte de retrait, tout honoraire et toute autre rémunération versés au membre ou à tout autre membre de sa profession ou encore à toute personne embauchée pour accomplir les tâches de la profession du membre assuré, ainsi que les bris d'équipement, les coûts de fournitures de bureau, marchandises de quelque nature que ce soit et tous les coûts reliés à un véhicule.

## GARANTIE RELATIVE À UN BAIL À LOYER FIXE

La période maximale de versement des prestations sera portée à 60 mois si le participant a signé un bail à loyer fixe avant d'être atteint d'invalidité. Les prestations mensuelles versées au cours de la période de prolongation peuvent atteindre au maximum le tiers des prestations mensuelles initiales et elles ne peuvent excéder le montant du loyer indiqué dans le bail.

# **ASSURANCE FRAIS DE BUREAU**

---

## **DON D'ORGANE ET CHIRURGIE ESTHÉTIQUE**

Si l'invalidité résulte d'une intervention chirurgicale pratiquée en vue de la transplantation d'un des organes du participant chez un receveur ou d'une intervention de chirurgie esthétique due à une maladie ou à une blessure accidentelle subie après que le participant soit demeuré couvert pendant au moins 6 mois, et si l'invalidité subsiste pendant au moins 30 jours et que le délai de carence soit écoulé, l'invalidité sera considérée comme résultant d'une maladie et elle donnera lieu au versement des prestations mensuelles.

## **PREUVES**

Le membre qui désire participer à la présente garantie doit remplir une demande de participation à cet effet; il doit également fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

Sous réserve des autres dispositions de la présente garantie, tout membre qui désire modifier son assurance doit fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur si la modification demandée représente un avantage par rapport à l'assurance détenue auparavant.

## **COORDINATION DES PRESTATIONS**

Lorsqu'un membre est admissible à recevoir simultanément des prestations en vertu de la présente garantie et de toute autre garantie similaire, la prestation payable par l'assureur est équivalente au prorata des frais admissibles engagés entre les deux parties.

## **PRESTATION DE SURVIVANT**

Advenant le décès du participant alors qu'il recevait une prestation mensuelle ou alors qu'il avait droit à une prestation mensuelle en vertu de la présente garantie, l'assureur versera une prestation au survivant admissible ou, s'il y a lieu, aux survivants. S'il n'y a aucun survivant à la date du décès, la prestation sera versée à la succession.

Le montant de la prestation à verser au survivant admissible ou, s'il y a lieu, aux survivants, correspondra au triple du montant de la prestation nette mensuelle qui a été versée ou qui aurait été versée au participant par

## ASSURANCE FRAIS DE BUREAU

---

l'assureur immédiatement avant son décès si celui-ci était invalide durant une période de 180 jours consécutifs ou plus.

Si la prestation peut être versée aux enfants du participant, l'assureur effectuera le paiement aux enfants ou à la personne qui, légalement, a le droit de recevoir le paiement au nom des enfants. Si deux enfants ou plus ont droit à une prestation, ils devront se partager la prestation en parts égales.

### **Comme il est stipulé dans la présente garantie :**

**Survivant admissible :** Le conjoint ou les enfants du participant, si le participant n'a pas de conjoint au moment de son décès.

**Conjoint :** Tel que défini selon la définition de personne à charge de la disposition Définitions.

**Enfants :** Tels que définis selon la définition de personne à charge de la disposition Définitions.

### RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

Le revenu du participant, le revenu du remplaçant du participant de même que le coût des marchandises et des dépenses autres que celles mentionnées ci-dessus ne sont pas couverts par la présente garantie.

De plus, le participant n'a pas droit à aucune indemnité pour un bureau situé dans sa résidence.

Toutes les autres restrictions, exclusions et réductions prévues à la garantie Assurance salaire de longue durée s'appliquent également à la présente garantie.

### EXONÉRATION DES PRIMES

- a) Un participant qui devient invalide est admissible à l'exonération du paiement des primes en vertu de la présente garantie, s'il est âgé de moins de 70 ans.

## ASSURANCE FRAIS DE BUREAU

---

- b) Le montant d'assurance pour lequel le participant est exonéré du paiement de la prime sera celui qui était en vigueur sur sa tête à la date du début de l'invalidité; ce montant sera réduit ou résilié tel qu'il est indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant, comme si le participant avait été effectivement au travail.
- c) L'exonération des primes du participant débute le jour suivant la fin du délai de carence.
- d) Le participant dont les primes sont exonérées en vertu de cet article doit soumettre à l'assureur des preuves de son invalidité aussi souvent que l'assureur peut raisonnablement l'exiger. Ces preuves devront être présentées sans aucuns frais de la part de l'assureur.
- e) L'exonération des primes d'un participant cessera à la première des dates suivantes :
  - i) la date à laquelle le participant cesse d'être invalide;
  - ii) la date à laquelle le participant omet de se faire examiner par le médecin désigné par l'assureur;
  - iii) la date à laquelle le participant prend sa retraite;
  - iv) la date à laquelle le participant atteint l'âge de cessation indiqué au Tableau sommaire relativement à la présente garantie;
  - v) la date à laquelle le participant omet de soumettre une preuve d'invalidité demandée par l'assureur;
  - vi) la date à laquelle le participant est incarcéré à la suite de la perpétration d'un acte criminel pour lequel il a été reconnu coupable.

## **ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT**

---

Si le participant souffre d'une des maladies ou subit l'une des chirurgies décrites à l'article Maladies et chirurgies couvertes de la présente garantie, l'assureur s'engage à verser au participant le capital assuré indiqué au Tableau sommaire, sous réserve des modalités et des conditions énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

Si le participant est décédé au moment où doit s'effectuer le paiement de la prestation, la prestation est versée à sa succession.

### **CONDITIONS**

En cas de maladie ou de chirurgie couverte, le versement de la prestation s'effectue :

- a) si la maladie a été diagnostiquée ou l'acte chirurgical a eu lieu alors que le participant était couvert en vertu de la présente garantie; et
- b) si le participant a survécu au moins 30 jours après la date du diagnostic de la maladie ou de la chirurgie, sauf indication contraire énoncée dans la présente garantie.

La protection d'un participant en vertu de la présente garantie prend fin dès que le participant reçoit le paiement de la prestation payable pour une maladie ou une chirurgie couverte.

### **MALADIES ET CHIRURGIES COUVERTES**

#### **Crise cardiaque (infarctus du myocarde)**

«Crise cardiaque» s'entend de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque à la suite d'un apport sanguin insuffisant aux tissus atteints. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic se fonde sur un événement précis constitué des deux éléments suivants :

- a) de nouvelles variations électrocardiographiques (ECG) à l'appui du diagnostic de crise cardiaque; et
- b) d'une hausse des enzymes cardiaques à des niveaux qui appuient également ce diagnostic.

## ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT

---

Aucune variation électrocardiographique associée à une crise cardiaque antérieure n'ouvre droit à la prestation en vertu de la présente garantie.

### **Accident vasculaire cérébral (AVC)**

«Accident vasculaire cérébral» s'entend de tout accident cérébrovasculaire ayant produit des séquelles neurologiques d'une durée de plus de 30 jours et qui résulte :

- a) d'une thrombose ou d'une hémorragie intracrânienne; ou
- b) d'une embolie d'origine extracrânienne.

Le participant n'a droit à la prestation en vertu de la présente garantie que si l'on peut démontrer qu'il souffre effectivement d'un déficit neurologique mesurable.

Les accidents ischémiques transitoires (AIT) sont exclus de la présente garantie.

### **Cancer (avec risque de décès à court terme)**

«Cancer (avec risque de décès à court terme)» s'entend d'une tumeur maligne caractérisée par la croissance et la propagation non jugulées de cellules cancéreuses avec envahissement des tissus voisins. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le cancer a été diagnostiqué par un médecin spécialiste qualifié autorisé qui exerce la médecine au Canada ou aux États-Unis. Il doit s'agir, en outre, d'un cancer qui menace la vie du participant.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie si

- a) la date du diagnostic de cancer, ou
- b) la date de l'apparition des signes ou des symptômes, ou des consultations médicales ou des examens menant au diagnostic de cancer,

est à l'intérieur de la période moratoire. Aux fins de cette maladie couverte, la période moratoire désigne la période des 90 premiers jours suivant la date de la prise d'effet de la protection du participant en vertu de la présente garantie.

## ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT

---

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour :

- a) un cancer in situ;
- b) un mélanome malin au stade 1A;
- c) tout cancer de la peau sans présence de mélanome malin ni métastases;
- d) un cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b); et
- e) toute tumeur en présence du virus de l'immunodéficience humaine.

De plus, aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie relativement à tout diagnostic de cancer établi après la période moratoire, si durant la période moratoire,

- a) un diagnostic de quelque forme de cancer a été établi à l'endroit du participant, ou
- b) s'il a présenté des signes ou symptômes ou a eu une consultation médicale ou des tests qui ont mené au diagnostic de cancer.

### **Chirurgie coronarienne**

«Chirurgie coronarienne» s'entend d'une chirurgie cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen de greffons veineux. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si l'intervention chirurgicale a été recommandée et pratiquée par un cardiologue autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour une intervention non chirurgicale telle qu'une angioplastie transluminale percutanée ou une angioplastie au laser.

### **Insuffisance rénale**

«Insuffisance rénale» s'entend d'une défaillance rénale chronique terminale nécessitant le recours périodique à la dialyse péritonéale ou à l'hémodialyse, ou à une greffe de rein. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si les deux reins du participant ont été atteints d'une insuffisance fonctionnelle permanente et irréversible alors que le participant était couvert en vertu de cette garantie.

# ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT

---

## **Paralysie**

«Paralysie» s'entend de la perte complète et permanente de l'usage d'au moins deux membres pendant une période ininterrompue de 90 jours au cours de laquelle il ne se présente aucun signe d'amélioration. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si la paralysie a été diagnostiquée par un médecin spécialiste qualifié autorisé qui exerce la médecine au Canada ou aux États-Unis.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour une paralysie attribuable à quelque cause d'ordre psychiatrique.

## **Sclérose en plaques**

«Sclérose en plaques» s'entend d'une affection du système nerveux central caractérisée par un processus de démyélinisation aboutissant à la constitution de plaques sclérosées. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si un neurologue autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis a conclu sans équivoque au diagnostic de sclérose en plaques à la suite d'anomalies neurologiques bien définies ayant persisté pendant une période ininterrompue d'au moins 6 mois, ou que si l'on a démontré qu'il s'est produit deux épisodes distincts et cliniquement vérifiés de sclérose en plaques. Il faut, en outre, que les multiples plages de démyélinisation soient confirmées au moyen de techniques de scintigraphie par balayage ou d'imagerie de résonance magnétique généralement utilisées pour diagnostiquer la sclérose en plaques.

## **Cécité**

«Cécité» s'entend de la perte de la vue des deux yeux, manifestée par une acuité visuelle inférieure à 20/200, ou par un champ de vision de moins de 20 degrés pour chaque œil. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si un ophtalmologiste autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis a confirmé que la perte d'acuité visuelle ou de champ de vision des deux yeux est permanente et irréversible.

## **Surdité**

«Surdité» s'entend de la perte bilatérale de l'ou ie, le seuil d'audition étant de plus de 90 décibels à l'intérieur d'un seuil de détection de la parole de 500 à 3 000 cycles par seconde. La prestation en vertu de la présente garantie n'est

## ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT

---

payable que si un oto-rhino-laryngologiste autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis a confirmé que la perte bilatérale de l'ouïe est permanente et irréversible.

### **Greffe d'un organe vital et attente d'une greffe d'organe vital**

«Greffe d'un organe vital» s'entend de la transplantation chez le participant d'un des organes ou des tissus suivants : le coeur, les deux poumons, le foie, les deux reins ou la moelle osseuse.

«Attente d'une greffe d'organe vital» s'entend de l'inscription du participant sur une liste d'attente en vertu d'un programme de transplantation d'organe ou de moelle osseuse approuvé par le gouvernement du Canada ou des États-Unis en vue de recevoir un des organes ou des tissus suivants : le coeur, les deux poumons, le foie, les deux reins ou la moelle osseuse.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si la greffe de l'organe résulte de l'insuffisance irréversible du coeur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse.

### **Maladie du motoneurone**

«Maladie du motoneurone» s'entend d'un diagnostic sans équivoque de sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig), de sclérose latérale primitive, d'atrophie musculaire progressive, de paralysie bulbaire progressive ou de paralysie pseudobulbaire. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si la maladie du motoneurone a été diagnostiquée par un neurologue autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour quelque variation de la maladie du motoneurone que ne mentionne pas spécifiquement cette garantie.

### **Tumeur cérébrale bénigne**

«Tumeur cérébrale bénigne» s'entend d'une tumeur bénigne dans la substance du cerveau ou des méninges. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si la nature histologique de la tumeur est confirmée par l'examen du tissu prélevé par biopsie ou exérèse chirurgicale.

## ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT

---

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie, si :

- a) la date du diagnostic de la tumeur, ou
- b) la date à laquelle les signes, symptômes, consultations médicales ou examens ayant conduit au diagnostic,

est à l'intérieur de la période moratoire. Aux fins de cette maladie couverte, la période moratoire désigne la période des 90 premiers jours suivant la date de la prise d'effet de la protection du participant en vertu de la présente garantie.

Aucune prestation n'est payable en vertu de cette garantie pour les tumeurs des os crâniens et les microadénomes pituitaires (d'un diamètre de moins de 10 mm).

De plus, aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour tout diagnostic de tumeur cérébrale bénigne établi après la période moratoire, si durant la période moratoire,

- a) un diagnostic de quelque forme de cancer ou de tumeur cérébrale a été établi à l'endroit du participant, ou
- b) s'il a présenté des signes ou symptômes ou a eu une consultation médicale ou des tests qui ont mené au diagnostic d'un cancer ou d'une tumeur cérébrale.

### **Coma**

«Coma» s'entend d'un état d'inconscience profonde où le participant ne manifeste aucune réaction aux stimulus externes ni aucune réponse à ses besoins internes pendant une période ininterrompue de 4 jours. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de coma a été posé par un neurologue autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis.

### **Brûlures**

«Brûlures» s'entend de brûlures au troisième degré sur au moins 20 % de la surface corporelle du participant. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic relatif au degré et à l'étendue des brûlures a été établi par un chirurgien plasticien autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis.

# ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT

---

## **Perte de la parole**

«Perte de la parole» s'entend de la perte complète et permanente de la capacité de parler pendant une période ininterrompue de 180 jours par suite d'une lésion ou d'une maladie physique. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si la perte de la parole a été jugée complète et irréversible par un médecin spécialiste qualifié autorisé qui exerce la médecine au Canada ou aux États-Unis.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour une perte de la parole attribuable à quelque cause d'ordre psychiatrique.

## **Maladie de Parkinson**

«Maladie de Parkinson» s'entend d'un syndrome cérébral dégénératif caractérisé par l'hypertonie, ou rigidité musculaire, le tremblement au repos et l'akinésie, ou lenteur des mouvements. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si un neurologue autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis a établi un diagnostic sans équivoque de syndrome parkinsonien idiopathique primaire fondé sur au moins deux des manifestations cliniques suivantes :

- a) rigidité musculaire; ou
- b) tremblements; ou
- c) bradycinésie.

De plus, le participant doit être incapable d'exécuter deux ou plusieurs des activités quotidiennes suivantes sans l'aide physique d'un adulte :

- a) prendre son bain;
- b) s'habiller;
- c) faire sa toilette;
- d) être continent (miction et selles);
- e) se déplacer; et
- f) se nourrir.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour quelque forme de maladie de Parkinson autre que primaire et idiopathique.

# ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT

---

## Maladie d'Alzheimer

«Maladie d'Alzheimer» s'entend d'un syndrome cérébral dégénératif caractérisé par un dépérissement progressif des fonctions intellectuelles qui influe sur le jugement et la mémoire au point que le participant qui en est atteint a besoin d'une surveillance quotidienne constante. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de maladie d'Alzheimer a été établi sans équivoque par un médecin spécialiste qualifié autorisé qui exerce la médecine au Canada ou aux États-Unis. De plus, le participant doit présenter une perte de capacités intellectuelles comportant une altération de sa mémoire et de son jugement ayant amené une importante diminution de ses moyens sur le plan psychique aussi bien que relationnel, de sorte qu'il a besoin d'une surveillance quotidienne constante.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour quelque autre forme de maladie neurodégénérative ou de trouble psychiatrique.

## Infection au VIH dans le cadre de l'occupation

«Infection au VIH» s'entend d'une infection au VIH (virus de l'immunodéficience humaine) du participant survenue après la date de prise d'effet de sa protection en vertu de la présente garantie par suite d'une blessure accidentelle subie au Canada dans l'exercice de ses fonctions professionnelles normales et l'ayant exposé à du sang ou à des liquides physiologiques contaminés.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable

- a) que si la blessure accidentelle a été signalée à l'assureur dans les 14 jours de la date de l'accident qui en est la cause; et
- b) que si les résultats d'un test sérologique de détection du VIH réalisé dans les 14 jours de la date de l'accident sont négatifs; et
- c) que si les résultats de tests sérologiques de détection du VIH réalisés dans les 90 jours et dans les 180 jours de la date de l'accident sont positifs; et
- d) que si la déclaration, l'investigation et la documentation de la blessure accidentelle sont faites conformément aux lois et règlements du Canada sur le travail; et
- e) que si tous les tests requis pour la détection du VIH sont réalisés par un établissement autorisé approuvé par l'assureur.

## **ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT**

---

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie

- a) si le participant a refusé l'administration d'un vaccin autorisé offrant une protection contre le VIH et qui était disponible avant l'accident en cause;
- b) si un remède contre le VIH était disponible avant l'accident en cause; ou
- c) si l'infection au VIH s'est produite par suite d'une blessure non accidentelle, y compris mais non exclusivement, par transmission sexuelle ou par injection intraveineuse de drogues.

### **RESTRICTION**

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour une intervention chirurgicale couverte, mais pratiquée à l'extérieur du Canada.

### **EXCLUSION RELATIVE À L'ÉTAT DE SANTÉ ANTÉRIEUR**

Comme il est stipulé dans la présente disposition, l'état de santé antérieur signifie une maladie ou une chirurgie couverte :

- a) qui a été contractée par le participant ou dont il a souffert; ou
- b) dont les symptômes ont amené le participant à subir un traitement donné par un médecin; ou
- c) dont les symptômes ont été analysés ou examinés par un médecin; ou
- d) pour lesquelles le participant a pris des médicaments, tels que prescrits par un médecin,

au cours de la période de 24 mois précédant la date à laquelle le participant était couvert par la présente garantie.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour une maladie ou une chirurgie couverte qui

- a) découle directement ou indirectement d'un état de santé antérieur ou est liée ou est attribuable, d'une quelconque façon ou à un quelconque degré, à un état de santé antérieur; et
- b) a débuté au cours des 24 premiers mois suivant la prise d'effet de la protection du participant en vertu de la présente garantie.

# ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT

---

## EXCLUSIONS

Aucun montant n'est versé en vertu de la présente garantie si la maladie ou la chirurgie résulte directement ou indirectement :

- a) d'un suicide ou d'une tentative de suicide ou de toute blessure que le participant s'inflige volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- b) d'un acte criminel que le participant a commis ou tenté de commettre, ou de la provocation d'une agression;
- c) de toute agitation civile, insurrection ou guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;
- d) de la consommation de drogues, de substances toxiques ou de stupéfiants, sauf s'ils sont prescrits et administrés par un médecin autorisé, ou conformément à ses directives;
- e) de la consommation excessive d'alcool;
- f) de la conduite d'un véhicule motorisé si le participant avait, au moment de l'accident en cause, un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise par la loi;
- g) d'un vol à bord d'un aéronef, sauf en qualité de passager et non de pilote, d'exploitant ou de membre de l'équipage sur ou à bord de quelque aéronef, à condition i) qu'il s'agisse d'un vol de transporteur aérien régulier à horaire fixe, ii) que l'aéronef soit muni d'un certificat de navigabilité et qu'il soit piloté par une personne qui détient un permis de vol à jour et valide faisant foi de ses compétences et l'autorisant à piloter l'aéronef et iii) que l'aéronef ne soit pas la propriété du titulaire de la police ou de l'employeur du participant et ne soit ni exploité, ni nolisé ou loué par ce titulaire ou employeur; ou
- h) de la participation
  - i) à des activités sous-marines, y compris, mais non exclusivement, la plongée en scaphandre autonome et la plongée en apnée;
  - ii) à des vols en deltaplaneur;
  - iii) à des sauts en parachute; et
  - iv) à des courses en véhicule motorisé ou à des concours de vitesse, sur terre comme sur l'eau.

## ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT

---

De plus, aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie si la maladie couverte ou la chirurgie résulte directement de toute forme de cancer ou de tumeur cérébrale bénigne, si durant la période moratoire, telle que décrite aux sections Cancer (avec risque de décès à court terme) et Tumeur cérébrale bénigne,

- a) un diagnostic de quelque forme de cancer ou de tumeur cérébrale a été établi à l'endroit du participant, ou
- b) s'il a présenté des signes ou symptômes ou a eu une consultation médicale ou des tests qui ont mené au diagnostic d'un cancer ou d'une tumeur cérébrale.

## **ASSURANCE MALADIE GRAVE DU CONJOINT**

---

Un participant peut obtenir, pour son conjoint, un montant d'assurance maladie grave à la condition d'en faire la demande écrite à l'assureur et de fournir les preuves d'assurabilité jugées nécessaires par l'assureur.

Le capital assuré du conjoint correspondra au montant d'assurance demandé tel qu'indiqué au Tableau sommaire.

Si le conjoint souffre d'une des maladies ou subit l'une des chirurgies décrites à l'article Maladies et chirurgies couvertes de la présente garantie, l'assureur s'engage à verser le capital assuré, sous réserve des modalités et des conditions énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

La prestation est versée au participant.

### **CONDITIONS**

En cas de maladie ou de chirurgie couverte, le versement de la prestation s'effectue :

- a) si la maladie a été diagnostiquée ou l'acte chirurgical a eu lieu alors que le conjoint était couvert en vertu de la présente garantie; et
- b) si le conjoint a survécu au moins 30 jours après la date du diagnostic de la maladie ou de la chirurgie, sauf indication contraire énoncée dans la présente garantie.

La protection d'un conjoint en vertu de la présente garantie prend fin dès que le participant reçoit le paiement de la prestation payable pour son conjoint, pour une maladie ou une chirurgie couverte.

### **MALADIES ET CHIRURGIES COUVERTES**

#### **Crise cardiaque (infarctus du myocarde)**

«Crise cardiaque» s'entend de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque à la suite d'un apport sanguin insuffisant aux tissus atteints. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic se fonde sur un événement précis constitué des deux éléments suivants :

- a) de nouvelles variations électrocardiographiques (ECG) à l'appui du diagnostic de crise cardiaque; et

## ASSURANCE MALADIE GRAVE DU CONJOINT

---

- b) d'une hausse des enzymes cardiaques à des niveaux qui appuient également ce diagnostic.

Aucune variation électrocardiographique associée à une crise cardiaque antérieure n'ouvre droit à la prestation en vertu de la présente garantie.

### **Accident vasculaire cérébral (AVC)**

«Accident vasculaire cérébral» s'entend de tout accident cérébrovasculaire ayant produit des séquelles neurologiques d'une durée de plus de 30 jours et qui résulte :

- a) d'une thrombose ou d'une hémorragie intracrânienne; ou
- b) d'une embolie d'origine extracrânienne.

Le participant n'a droit à la prestation en vertu de la présente garantie que si l'on peut démontrer que le conjoint souffre effectivement d'un déficit neurologique mesurable.

Les accidents ischémiques transitoires (AIT) sont exclus de la présente garantie.

### **Cancer (avec risque de décès à court terme)**

«Cancer (avec risque de décès à court terme)» s'entend d'une tumeur maligne caractérisée par la croissance et la propagation non jugulées de cellules cancéreuses avec envahissement des tissus voisins. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le cancer a été diagnostiqué par un médecin spécialiste qualifié autorisé qui exerce la médecine au Canada ou aux États-Unis. Il doit s'agir, en outre, d'un cancer qui menace la vie du conjoint.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie si

- a) la date du diagnostic de cancer, ou
- b) la date de l'apparition des signes ou des symptômes, ou des consultations médicales ou des examens menant au diagnostic de cancer,

est à l'intérieur de la période moratoire. Aux fins de cette maladie couverte, la période moratoire désigne la période des 90 premiers jours suivant la date de la prise d'effet de la protection du conjoint en vertu de la présente garantie.

## ASSURANCE MALADIE GRAVE DU CONJOINT

---

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour :

- a) un cancer in situ;
- b) un mélanome malin au stade 1A;
- c) tout cancer de la peau sans présence de mélanome malin ni métastases;
- d) un cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b); et
- e) toute tumeur en présence du virus de l'immunodéficience humaine.

De plus, aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie relativement à tout diagnostic de cancer établi après la période moratoire, si durant la période moratoire,

- a) un diagnostic de quelque forme de cancer a été établi à l'endroit du conjoint, ou
- b) s'il a présenté des signes ou symptômes ou a eu une consultation médicale ou des tests qui ont mené au diagnostic de cancer.

### **Chirurgie coronarienne**

«Chirurgie coronarienne» s'entend d'une chirurgie cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen de greffons veineux. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si l'intervention chirurgicale a été recommandée et pratiquée par un cardiologue autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour une intervention non chirurgicale telle qu'une angioplastie transluminale percutanée ou une angioplastie au laser.

### **Insuffisance rénale**

«Insuffisance rénale» s'entend d'une défaillance rénale chronique terminale nécessitant le recours périodique à la dialyse péritonéale ou à l'hémodialyse, ou à une greffe de rein. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si les deux reins du conjoint ont été atteints d'une insuffisance fonctionnelle permanente et irréversible alors que le conjoint était couvert en vertu de cette garantie.

# ASSURANCE MALADIE GRAVE DU CONJOINT

---

## **Paralysie**

«Paralysie» s'entend de la perte complète et permanente de l'usage d'au moins deux membres pendant une période ininterrompue de 90 jours au cours de laquelle il ne se présente aucun signe d'amélioration. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si la paralysie a été diagnostiquée par un médecin spécialiste qualifié autorisé qui exerce la médecine au Canada ou aux États-Unis.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour une paralysie attribuable à quelque cause d'ordre psychiatrique.

## **Sclérose en plaques**

«Sclérose en plaques» s'entend d'une affection du système nerveux central caractérisée par un processus de démyélinisation aboutissant à la constitution de plaques sclérosées. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si un neurologue autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis a conclu sans équivoque au diagnostic de sclérose en plaques à la suite d'anomalies neurologiques bien définies ayant persisté pendant une période ininterrompue d'au moins 6 mois, ou que si l'on a démontré qu'il s'est produit deux épisodes distincts et cliniquement vérifiés de sclérose en plaques. Il faut, en outre, que les multiples plages de démyélinisation soient confirmées au moyen de techniques de scintigraphie par balayage ou d'imagerie de résonance magnétique généralement utilisées pour diagnostiquer la sclérose en plaques.

## **Cécité**

«Cécité» s'entend de la perte de la vue des deux yeux, manifestée par une acuité visuelle inférieure à 20/200, ou par un champ de vision de moins de 20 degrés pour chaque œil. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si un ophtalmologiste autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis a confirmé que la perte d'acuité visuelle ou de champ de vision des deux yeux est permanente et irréversible.

## **Surdité**

«Surdité» s'entend de la perte bilatérale de l'ou ie, le seuil d'audition étant de plus de 90 décibels à l'intérieur d'un seuil de détection de la parole de 500 à 3 000 cycles par seconde. La prestation en vertu de la présente garantie n'est

## ASSURANCE MALADIE GRAVE DU CONJOINT

---

payable que si un oto-rhino-laryngologiste autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis a confirmé que la perte bilatérale de l'ouïe est permanente et irréversible.

### **Greffe d'un organe vital et attente d'une greffe d'organe vital**

«Greffe d'un organe vital» s'entend de la transplantation chez le conjoint d'un des organes ou des tissus suivants : le coeur, les deux poumons, le foie, les deux reins ou la moelle osseuse.

«Attente d'une greffe d'organe vital» s'entend de l'inscription du conjoint sur une liste d'attente en vertu d'un programme de transplantation d'organe ou de moelle osseuse approuvé par le gouvernement du Canada ou des États-Unis en vue de recevoir un des organes ou des tissus suivants : le coeur, les deux poumons, le foie, les deux reins ou la moelle osseuse.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si la greffe de l'organe résulte de l'insuffisance irréversible du coeur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse.

### **Maladie du motoneurone**

«Maladie du motoneurone» s'entend d'un diagnostic sans équivoque de sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig), de sclérose latérale primitive, d'atrophie musculaire progressive, de paralysie bulbaire progressive ou de paralysie pseudobulbaire. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si la maladie du motoneurone a été diagnostiquée par un neurologue autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour quelque variation de la maladie du motoneurone que ne mentionne pas spécifiquement cette garantie.

### **Tumeur cérébrale bénigne**

«Tumeur cérébrale bénigne» s'entend d'une tumeur bénigne dans la substance du cerveau ou des méninges. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si la nature histologique de la tumeur est confirmée par l'examen du tissu prélevé par biopsie ou exérèse chirurgicale.

## ASSURANCE MALADIE GRAVE DU CONJOINT

---

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie, si :

- a) la date du diagnostic de la tumeur, ou
- b) la date à laquelle les signes, symptômes, consultations médicales ou examens ayant conduit au diagnostic,

est à l'intérieur de la période moratoire. Aux fins de cette maladie couverte, la période moratoire désigne la période des 90 premiers jours suivant la date de la prise d'effet de la protection du conjoint en vertu de la présente garantie.

Aucune prestation n'est payable en vertu de cette garantie pour les tumeurs des os crâniens et les microadénomes pituitaires (d'un diamètre de moins de 10 mm).

De plus, aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour tout diagnostic de tumeur cérébrale bénigne établi après la période moratoire, si durant la période moratoire,

- a) un diagnostic de quelque forme de cancer ou de tumeur cérébrale a été établi à l'endroit du conjoint, ou
- b) s'il a présenté des signes ou symptômes ou a eu une consultation médicale ou des tests qui ont mené au diagnostic d'un cancer ou d'une tumeur cérébrale.

### **Coma**

«Coma» s'entend d'un état d'inconscience profonde où le conjoint ne manifeste aucune réaction aux stimulus externes ni aucune réponse à ses besoins internes pendant une période ininterrompue de 4 jours. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de coma a été posé par un neurologue autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis.

### **Brûlures**

«Brûlures» s'entend de brûlures au troisième degré sur au moins 20 % de la surface corporelle du conjoint. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic relatif au degré et à l'étendue des brûlures a été établi par un chirurgien plasticien autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis.

# ASSURANCE MALADIE GRAVE DU CONJOINT

---

## **Perte de la parole**

«Perte de la parole» s'entend de la perte complète et permanente de la capacité de parler pendant une période ininterrompue de 180 jours par suite d'une lésion ou d'une maladie physique. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si la perte de la parole a été jugée complète et irréversible par un médecin spécialiste qualifié autorisé qui exerce la médecine au Canada ou aux États-Unis

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour une perte de la parole attribuable à quelque cause d'ordre psychiatrique.

## **Maladie de Parkinson**

«Maladie de Parkinson» s'entend d'un syndrome cérébral dégénératif caractérisé par l'hypertonie, ou rigidité musculaire, le tremblement au repos et l'akinésie, ou lenteur des mouvements. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si un neurologue autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis a établi un diagnostic sans équivoque de syndrome parkinsonien idiopathique primaire fondé sur au moins deux des manifestations cliniques suivantes :

- a) rigidité musculaire; ou
- b) tremblements; ou
- c) bradycinésie.

De plus, le conjoint doit être incapable d'exécuter deux ou plusieurs des activités quotidiennes suivantes sans l'aide physique d'un adulte :

- a) prendre son bain;
- b) s'habiller;
- c) faire sa toilette;
- d) être continent (miction et selles);
- e) se déplacer; et
- f) se nourrir.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour quelque forme de maladie de Parkinson autre que primaire et idiopathique.

# ASSURANCE MALADIE GRAVE DU CONJOINT

---

## **Maladie d'Alzheimer**

«Maladie d'Alzheimer» s'entend d'un syndrome cérébral dégénératif caractérisé par un dépérissement progressif des fonctions intellectuelles qui influe sur le jugement et la mémoire au point que le conjoint qui en est atteint a besoin d'une surveillance quotidienne constante. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de maladie d'Alzheimer a été établi sans équivoque par un médecin spécialiste qualifié autorisé qui exerce la médecine au Canada ou aux États-Unis. De plus, le conjoint doit présenter une perte de capacités intellectuelles comportant une altération de sa mémoire et de son jugement ayant amené une importante diminution de ses moyens sur le plan psychique aussi bien que relationnel, de sorte qu'il a besoin d'une surveillance quotidienne constante.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour quelque autre forme de maladie neurodégénérative ou de trouble psychiatrique.

## **Infection au VIH dans le cadre de l'occupation**

«Infection au VIH» s'entend d'une infection au VIH (virus de l'immunodéficience humaine) du conjoint survenue après la date de prise d'effet de sa protection en vertu de la présente garantie par suite d'une blessure accidentelle subie au Canada dans l'exercice de ses fonctions professionnelles normales et l'ayant exposé à du sang ou à des liquides physiologiques contaminés.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable

- a) que si la blessure accidentelle a été signalée à l'assureur dans les 14 jours de la date de l'accident qui en est la cause; et
- b) que si les résultats d'un test sérologique de détection du VIH réalisé dans les 14 jours de la date de l'accident sont négatifs; et
- c) que si les résultats de tests sérologiques de détection du VIH réalisés dans les 90 jours et dans les 180 jours de la date de l'accident sont positifs; et
- d) que si la déclaration, l'investigation et la documentation de la blessure accidentelle sont faites conformément aux lois et règlements du Canada sur le travail; et

## **ASSURANCE MALADIE GRAVE DU CONJOINT**

---

- e) que si tous les tests requis pour la détection du VIH sont réalisés par un établissement autorisé approuvé par l'assureur.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie

- a) si le conjoint a refusé l'administration d'un vaccin autorisé offrant une protection contre le VIH et qui était disponible avant l'accident en cause;
- b) si un remède contre le VIH était disponible avant l'accident en cause; ou
- c) si l'infection au VIH s'est produite par suite d'une blessure non accidentelle, y compris mais non exclusivement, par transmission sexuelle ou par injection intraveineuse de drogues.

### **RESTRICTION**

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour une intervention chirurgicale couverte, mais pratiquée à l'extérieur du Canada.

### **EXCLUSIONS**

Aucun montant n'est versé en vertu de la présente garantie si la maladie ou la chirurgie résulte directement ou indirectement :

- a) d'un suicide ou d'une tentative de suicide ou de toute blessure que le conjoint s'inflige volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- b) d'un acte criminel que le conjoint a commis ou tenté de commettre, ou de la provocation d'une agression;
- c) de toute agitation civile, insurrection ou guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;
- d) de la consommation de drogues, de substances toxiques ou de stupéfiants, sauf s'ils sont prescrits et administrés par un médecin autorisé, ou conformément à ses directives;
- e) de la consommation excessive d'alcool;
- f) de la conduite d'un véhicule motorisé si le conjoint avait, au moment de l'accident en cause, un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise par la loi;

## ASSURANCE MALADIE GRAVE DU CONJOINT

---

- g) d'un vol à bord d'un aéronef, sauf en qualité de passager et non de pilote, d'exploitant ou de membre de l'équipage sur ou à bord de quelque aéronef, à condition i) qu'il s'agisse d'un vol de transporteur aérien régulier à horaire fixe, ii) que l'aéronef soit muni d'un certificat de navigabilité et qu'il soit piloté par une personne qui détient un permis de vol à jour et valide faisant foi de ses compétences et l'autorisant à piloter l'aéronef et iii) que l'aéronef ne soit pas la propriété du titulaire de la police ou de l'employeur du participant et ne soit ni exploité, ni nolisé ou loué par ce titulaire ou employeur; ou
- h) de la participation
  - i) à des activités sous-marines, y compris, mais non exclusivement, la plongée en scaphandre autonome et la plongée en apnée;
  - ii) à des vols en deltaplaneur;
  - iii) à des sauts en parachute; et
  - iv) à des courses en véhicule motorisé ou à des concours de vitesse, sur terre comme sur l'eau.

De plus, aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie si la maladie couverte ou la chirurgie résulte directement de toute forme de cancer ou de tumeur cérébrale bénigne, si durant la période moratoire, telle que décrite aux sections Cancer (avec risque de décès à court terme) et Tumeur cérébrale bénigne,

- a) un diagnostic de quelque forme de cancer ou de tumeur cérébrale a été établi à l'endroit du conjoint, ou
- b) s'il a présenté des signes ou symptômes ou a eu une consultation médicale ou des tests qui ont mené au diagnostic d'un cancer ou d'une tumeur cérébrale.

## ASSURANCE-MÉDICAMENTS – OPTIONS 1, 2, 3

---

L'assureur s'engage à rembourser les frais relatifs aux médicaments sur ordonnance, énumérés dans la liste du Régime général d'assurance-médicaments du Québec ayant été engagés alors que la personne assurée était couverte par la présente garantie, sous réserve des conditions et des modalités énoncées dans la présente garantie et la police collective, sans égard à l'état de santé de la personne assurée.

Cette protection de la présente garantie est obligatoire pour tout participant ou tout retraité et ses personnes à charge couvertes par la police collective, sous réserve des dispositions de la Loi sur l'assurance-médicaments.

La protection offerte dans la présente garantie est conforme aux dispositions pertinentes de la Loi sur l'assurance-médicaments et du Tableau sommaire.

Toute modification à la Loi sur l'assurance-médicaments touchant le Régime général d'assurance-médicaments du Québec modifiera également les dispositions pertinentes de la présente garantie et de la police collective.

### DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

**Franchise annuelle** : La franchise annuelle est la part du coût des frais couverts qui doit être défrayée par la personne assurée. Le montant de la franchise annuelle exigible, le cas échéant, est indiqué au Tableau sommaire.

**Remboursement** : Le remboursement représente le pourcentage des frais couverts engagés qui est remboursé par l'assureur après avoir été déduit de la franchise annuelle. Ce pourcentage est indiqué au Tableau sommaire.

**Coassurance** : La coassurance est la proportion du coût des frais couverts qui doit être défrayée par la personne assurée, jusqu'à concurrence de la contribution maximale.

**Contribution maximale** : La contribution maximale est le montant total assumé par la personne assurée au-delà duquel le coût des frais couverts exigibles selon la liste de la Régie de l'assurance-maladie du Québec est assumé par l'assureur à 100 %.

## **ASSURANCE-MÉDICAMENTS – OPTIONS 1, 2, 3**

---

### DISPOSITIONS PARTICULIÈRES POUR LES PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS (pour les résidents du Québec seulement)

Le choix d'une personne assurée de s'assurer auprès de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (ci-après appelée la Régie) par l'entremise du Régime général d'assurance-médicaments est irrévocable.

Dans la police collective, les personnes assurées de 65 ans et plus seront présumées être couvertes par la Régie en vertu du Régime général d'assurance-médicaments. De plus, les personnes à charge d'un participant de 65 ans ou plus seront présumées être couvertes par la Régie en vertu du Régime général d'assurance-médicaments, quel que soit leur âge. Toutefois, un conjoint de 65 ans et plus d'un participant de moins de 65 ans demeure couvert par l'assureur en vertu de la présente garantie.

Par ailleurs, l'assureur se réserve le droit de modifier les taux de la présente garantie pour toute personne assurée de 65 ans et plus qui est admissible à l'assurance en vertu de la police collective et qui a choisi de s'assurer en vertu de la présente garantie.

Nonobstant toute autre disposition à l'effet contraire contenue dans la police collective, cette garantie ne prévoit aucune cessation en raison de l'âge du participant.

### FRAIS COUVERTS

Les frais couverts sont les suivants, à condition de n'avoir été engagés qu'après la date de prise d'effet de l'assurance de la personne assurée :

- a) Les services d'exécution ou de renouvellement d'une ordonnance fournis par un pharmacien pour un médicament inclus dans la liste de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (ci-après appelée la Régie) ou déterminé par les règlements gouvernementaux;
- b) Les médicaments inclus dans la liste de la Régie et qui sont fournis par un pharmacien sur ordonnance d'un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire des médicaments;
- c) Tout médicament déterminé par les règlements gouvernementaux, lorsque prescrit en raison des états et des indications thérapeutiques indiqués dans les règlements.

## **ASSURANCE-MÉDICAMENTS – OPTIONS 1, 2, 3**

---

Cette garantie ne couvre pas le coût des services pharmaceutiques et des médicaments qu'une personne assurée peut obtenir et auxquels elle a droit en vertu de toute loi, autre que la Loi sur l'assurance-médicaments, ou de tout autre régime gouvernemental.

### **Restrictions quant à l'exécution des ordonnances**

La quantité de médicaments pouvant être distribuée pour toute ordonnance sera limitée à la quantité suffisante pour une période pouvant aller jusqu'à 34 jours, sauf dans le cas de médicaments requis pour une thérapie à long terme (médicaments d'entretien) pour lesquels une quantité pouvant durer jusqu'à 100 jours est permise.

Certains médicaments devront être préautorisés par l'assureur avant leur utilisation. Pour ces médicaments, la personne assurée devra demander à son médecin traitant de fournir à l'assureur de l'information sur son état de santé, les traitements précédents et les raisons médicales qui justifient la prise du médicament;

Si le médicament est un produit de marque déposée pour lequel il existe un produit générique équivalent, le montant payable sera basé sur le prix du produit similaire le moins dispendieux. Toutefois, si le fournisseur de soins de santé qui a prescrit le médicament a inscrit la mention «Aucun substitut» ou «Aucun produit de substitution», le montant payable sera basé sur le coût du médicament admissible prescrit.

S'il est pris comme décrit ci-dessus, le médicament interchangeable le moins cher comprendra, sans s'y limiter :

- i) Un médicament de relais pour le médicament d'origine considéré comme interchangeable par la loi; ou
- ii) Un produit biologique ultérieur.

### **RÉDUCTION**

Les frais couverts par la présente garantie sont limités aux frais raisonnables et courants normalement engagés pour des frais identiques, couverts et facturés selon la province où les frais sont engagés. Ces frais raisonnables et courants sont établis par l'assureur et peuvent être révisés au besoin.

## **ASSURANCE-MÉDICAMENTS – OPTIONS 1, 2, 3**

---

### EXCLUSION

Aucune, sauf si prévue par la Loi sur l'assurance-médicaments ou l'un de ses règlements.

### COORDINATION DES PRESTATIONS

Telle que prévue à l'article Coordination des prestations de la garantie Assurance maladie complémentaire.

### PRESTATION DE SURVIVANT

Si le participant décède tandis qu'il est couvert par la présente garantie ou avant toute prolongation de la protection telle que prévue à l'article Prolongation des prestations, l'assurance en vertu de cette garantie sera maintenue pour ses personnes à charge qui étaient couvertes par la présente garantie au moment du décès, sans paiement de primes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) 12 mois après le décès du participant;
- b) La date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si le participant avait été vivant;
- b) La date de résiliation de la présente garantie.

### PROLONGATION DES PRESTATIONS

Si à la date à laquelle la protection d'une personne assurée en vertu de la présente garantie se termine et que la personne assurée est invalide, une prestation sera payable pour les frais de soins médicaux couverts qui sont directement liés à l'invalidité, à condition que :

- a) Les frais soient engagés dans les 90 jours suivant la date à laquelle la protection a été interrompue; et
- b) Cette garantie soit en vigueur lorsque les frais sont engagés.

## **ASSURANCE-MÉDICAMENTS – OPTIONS 1, 2, 3**

---

Tel que stipulé dans le présent article, «invalide» et «invalidité» signifient :

- a) En ce qui concerne un participant, son incapacité totale, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'effectuer tout travail pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de sa scolarité, de sa formation ou de son expérience; et
- b) En ce qui concerne une personne à charge, que cette personne à charge est hospitalisée ou reçoit un traitement donné par un médecin en raison d'un handicap physique ou mental pouvant être déterminé du point de vue médical.

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – OPTIONS 1, 2, 3, 10 ET SOINS VISUELS**

---

L'assureur s'engage à rembourser les frais médicaux définis aux présentes découlant d'une blessure, d'une maladie ou d'une grossesse et ayant été engagés alors que la personne assurée était couverte par la présente garantie, sous réserve des conditions et des modalités énoncées dans la présente garantie et la police collective.

### DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

**Hôpital** : Une institution :

- a) légalement reconnue comme telle par l'organisme gouvernemental concerné;
- b) destinée aux soins des patients alités; et
- c) qui assure en tout temps les services de médecins et d'infirmières autorisées.

**Prothèse** : Appareil destiné à remplacer, en tout ou en partie, un membre ou un organe.

**Urgence médicale** : Un événement soudain et imprévu qui requiert une surveillance médicale immédiate.

**Nécessaire du point de vue médical** : Approuvé par un médecin comme étant nécessaire au traitement d'un état qui est nuisible à la santé du patient.

### HOSPITALISATION DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE (Options 3 et 10 seulement)

Les frais de chambre et pension exigés par un hôpital dans la province de résidence de la personne assurée qui sont en excédent du montant remboursé par le régime de soins de santé gouvernemental, jusqu'à concurrence du maximum quotidien indiqué au Tableau sommaire, à condition que :

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – OPTIONS 1, 2, 3, 10 ET SOINS VISUELS**

---

- a) La personne assurée soit confinée à l'hôpital à titre de patient hospitalisé;
- b) Le type d'hébergement ait été demandé de manière spécifique par la personne assurée; et
- c) La personne assurée ait été hospitalisée pour des soins ponctuels et non pour des soins chroniques ou pour des soins liés à une convalescence.

### FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE ENGAGÉS HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENTE (Options 1, 2, 3 et 10)

Les frais pour les services et l'équipement énumérés dans la présente garantie seront couverts, jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au Tableau sommaire, lorsque ces derniers sont engagés à la suite d'une urgence de nature médicale qui survient alors que la personne assurée était hors de sa province de résidence, à condition que :

- a) L'urgence de nature médicale survienne au cours des premiers 60 jours de l'absence de la personne assurée de sa province de résidence, ou si l'absence est due au fait que la personne assurée fréquente à temps plein une institution d'enseignement agréée, l'urgence de nature médicale survienne durant l'année scolaire au cours de laquelle la personne assurée était inscrite à une institution d'enseignement;
- b) La personne assurée se soit absentée pour des raisons professionnelles, pour des vacances ou pour fréquenter à temps plein une institution d'enseignement agréée; et
- c) Les services et l'équipement aient dû être fournis avant le retour de la personne assurée dans sa province de résidence afin de ne pas nuire à sa santé.

Si la personne assurée doit être hospitalisée à l'extérieur du Canada en raison d'une urgence médicale, la personne assurée est tenue de communiquer avec le service d'assistance médicale désigné par l'assureur aussitôt que la personne assurée est raisonnablement en mesure de le faire après le début de son hospitalisation. Le manquement à remplir cette condition peut mener au refus de l'assureur de prendre en charge la demande de règlement de la

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – OPTIONS 1, 2, 3, 10 ET SOINS VISUELS**

---

personne assurée ou à la limitation de la demande de règlement résultant de l'urgence médicale.

De plus, si, lors d'une urgence médicale, l'assureur est d'avis que la personne assurée peut être rapatriée dans sa province de résidence sans nuire à sa santé et que la personne assurée refuse d'être rapatriée, l'assureur ne remboursera par la suite aucuns frais engagés par la personne assurée en raison de l'urgence médicale.

Aucun remboursement n'est prévu dans la présente garantie pour les frais engagés en raison d'un état de santé dont la personne assurée connaissait la précarité et savait qu'il n'était pas sous contrôle au début de son absence de sa province de résidence.

Les services et les équipements suivants reçus en raison d'une urgence médicale seront couverts :

- a) Les soins reçus d'un médecin;
- b) L'hébergement dans un hôpital tel que prévu à l'article Hospitalisation dans la province de résidence;
- c) Les services de nature médicale, les équipements et les appareils fournis lors d'une hospitalisation;
- d) Le diagnostic, les services d'imagerie médicale et de laboratoire;
- e) Les services paramédicaux fournis lors d'une hospitalisation;
- f) Les fournitures et les services fournis en clinique externe;
- g) Les médicaments;
- h) Les fournitures et les appareils médicaux fournis hors de l'hôpital;
- i) Le transport professionnel en ambulance de la personne assurée vers l'hôpital le plus proche qui possède l'équipement nécessaire afin de fournir le traitement médical requis.

Pour les services paramédicaux, les médicaments et les appareils médicaux, seuls ceux qui auraient été couverts dans la province de résidence de la personne assurée le seront s'ils ont été fournis à l'extérieur de la province de résidence en raison d'une urgence médicale.

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – OPTIONS 1, 2, 3, 10 ET SOINS VISUELS**

---

### FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA, AUTRES QUE CEUX ENGAGÉS EN RAISON D'UNE URGENGE MÉDICALE À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

#### **Option 3**

Les frais médicaux couverts sont les suivants, jusqu'à concurrence des maximums prévus au Tableau sommaire :

- a) Les services fournis au domicile de la personne assurée par un infirmier autorisé ou par un infirmier auxiliaire, à condition que :
  - i) Les services rendus soient prescrits par un médecin et approuvés au préalable par l'assureur;
  - ii) Les services soient nécessaires du point de vue médical;
  - iii) Les services soient de l'ordre de ceux fournis par un infirmier autorisé ou par un infirmier auxiliaire; et
  - iv) L'infirmier autorisé ou l'infirmier auxiliaire ne possèdent aucun lien de parenté avec la personne assurée et ne demeurent pas avec elle normalement.
- b) Le service ambulancier professionnel pour le transport en cas d'urgence médicale jusqu'à l'hôpital le plus proche équipé pour fournir les traitements nécessaires ou pour le transport depuis l'hôpital, lorsque l'état de la personne assurée empêche l'utilisation d'un autre moyen de transport;
- c) Les médicaments qui sont délivrés par un pharmacien et qui ne peuvent être obtenus que sur l'ordonnance d'un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire des médicaments, à l'exception des produits exclus à l'article Exclusions et réductions de la présente garantie.

Les médicaments prescrits sous convention tels que, mais non limités, aux médicaments d'entretien pris sur une base quotidienne, durant une période prolongée, pour le traitement d'un problème de santé continu, tels que les médicaments pour le traitement de l'asthme, du diabète, de l'hypertension artérielle, du taux de cholestérol élevé, pourvu qu'ils soient prescrits par un fournisseur de soins de santé qui est légalement

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – OPTIONS 1, 2, 3, 10 ET SOINS VISUELS**

---

autorisé à prescrire de tels médicaments et qu'ils soient délivrés par un pharmacien.

L'équipement lié à l'injection d'insuline tels les aiguilles, les seringues, les lancettes et le matériel pour des tests de diagnostic.

Ces frais médicaux sont en excédent de ceux de la garantie d'Assurance-médicaments.

### **Restrictions quant à l'exécution des ordonnances**

La quantité de médicaments pouvant être distribuée pour toute ordonnance sera limitée à la quantité suffisante pour une période pouvant aller jusqu'à 34 jours, sauf dans le cas de médicaments requis pour une thérapie à long terme (médicaments d'entretien) pour lesquels une quantité pouvant durer jusqu'à 100 jours est permise.

Certains médicaments devront être préautorisés par l'assureur avant leur utilisation. Pour ces médicaments, la personne assurée devra demander à son médecin traitant de fournir à l'assureur de l'information sur son état de santé, les traitements précédents et les raisons médicales qui justifient la prise du médicament.

Si le médicament est un produit de marque déposée pour lequel il existe un produit générique équivalent, le montant payable sera basé sur le prix du produit similaire le moins dispendieux. Toutefois, si le fournisseur de soins de santé qui a prescrit le médicament a inscrit la mention «Aucun substitut» ou «Aucun produit de substitution», le montant payable sera basé sur le coût du médicament admissible prescrit.

S'il est pris comme décrit ci-dessus, le médicament interchangeable le moins cher comprendra, sans s'y limiter :

- i) Un médicament de relais pour le médicament d'origine considéré comme interchangeable par la loi; ou
  - ii) Un produit biologique ultérieur.
- d) Frais de séjour dans un établissement de soins de santé autorisé à fournir des soins de réadaptation ou de convalescence pourvu que :
- i) la personne assurée soit sous la supervision régulière d'un médecin ou d'un infirmier autorisé;

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – OPTIONS 1, 2, 3, 10 ET SOINS VISUELS**

---

- ii) le séjour ait été recommandé par un médecin;
- iii) le séjour commence dans les 14 jours suivant la fin d'une période d'hospitalisation;
- iv) le séjour ait pour but la réadaptation ou la convalescence.

Toutefois, les frais de séjour pour des soins de réadaptation ou de convalescence en raison d'abus de drogue ou d'alcool ou de dépendance à ces substances ne sont pas remboursés;

- e) Frais pour les examens de laboratoire, les résonances magnétiques et les autres services d'imagerie médicale à des fins de diagnostic pourvu que :
  - i) la couverture de ces examens et services ne soit pas interdite par une législation provinciale;
  - ii) les examens et services soient effectués dans un établissement autorisé à effectuer de tels examens et services; et
  - iii) les examens et les services aient été nécessaires au diagnostic d'une maladie ou d'une blessure ou afin de déterminer l'efficacité du traitement prescrit ou reçu;
- f) Frais pour les transfusions sanguines, les injections de plasma et de sérum;
- g) Honoraires pour des soins paramédicaux donnés par l'un des praticiens énumérés au Tableau sommaire, fournis par un praticien dûment autorisé par un organisme provincial ou fédéral responsable à pratiquer sa profession dans les limites définies par les règles de cette profession.

Si les services du praticien sont couverts par le régime de soins de santé provincial, aucune protection ne sera fournie en vertu de cette garantie pour tous les montants payables pour ces services en vertu du régime provincial;
- h) Frais pour la location ou, au choix de l'assureur, pour l'achat de l'équipement et du matériel médicaux suivants, à condition qu'ils soient prescrits par un médecin :
  - i) tente à oxygène et fournitures pour l'administration d'oxygène;

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – OPTIONS 1, 2, 3, 10 ET SOINS VISUELS**

---

- ii) appareil d'aérosolthérapie, tente d'inhalation, nébuliseurs pour la fibrose kystique, l'emphysème aigu, une bronchite obstructive chronique ou l'asthme chronique;
- iii) prothèses oculaires, y compris les réparations et les remplacements;
- iv) prothèses artificielles, y compris les réparations et les remplacements;
- v) fauteuils roulants manuels ou fauteuils roulants électriques, lorsque la personne assurée n'est pas en mesure de conduire un fauteuil roulant manuel en raison d'un état médical;
- vi) lits d'hôpital à commande manuelle ou lits d'hôpital à commande électrique, lorsque la personne assurée n'est pas en mesure d'utiliser un lit d'hôpital à commande manuelle en raison d'un état médical, y compris les côtés et les trapèzes pour lit;
- vii) moniteurs d'apnée pour les dysrythmies respiratoires;
- viii) appareils de contrôle et d'administration liés au diabète, y compris l'équipement lié à l'injection d'insuline tels les aiguilles, les seringues, les lancettes et le matériel pour des tests de diagnostic;
- ix) neurostimulateur transcutané;
- x) respirateur médical à pression positive intermittente;
- xi) prothèses mammaires;
- xii) soutiens-gorge chirurgicaux;
- xiii) bas élastiques médicaux prescrits pour le traitement des varices ou requis en raison de brûlures graves ou d'une intervention chirurgicale;
- xiv) couvre-moignons;
- xv) chaussures orthopédiques dont la nécessité a été déterminée médicalement par un professionnel de la santé qui exerce dans les limites définies par l'organisme de réglementation provincial approprié et qui ont été fabriquées sur mesure, personnalisées

## ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – OPTIONS 1, 2, 3, 10 ET SOINS VISUELS

---

ou moulées sur commande pour la personne assurée par un spécialiste diplômé dans le domaine de la fabrication de chaussures orthopédiques. Les chaussures orthopédiques vendues dans les commerces qui n'ont pas été personnalisées pour la personne assurée ne sont pas couvertes;

- xvi) orthèses podiatriques dont la nécessité a été déterminée médicalement par un professionnel de la santé qui exerce dans les limites définies par l'organisme de réglementation provincial approprié et qui ont été conçues et fabriquées spécifiquement pour la personne assurée par un spécialiste diplômé dans le domaine de la fabrication d'orthèses podiatriques. Les orthèses podiatriques vendues dans les commerces qui n'ont pas été conçues et fabriquées pour la personne assurée ne sont pas couvertes;
  - xvii) lunettes, lentilles cornéennes ou lentilles intra-oculaires à la suite d'une intervention chirurgicale pour des cataractes;
  - xviii) appareils orthopédiques avec soutien rigide; soutiens dorsaux; harnais d'épaule; licous et collets cervicaux;
  - xix) attelles, autres que des attelles dentaires, et plâtres;
  - xx) cannes, béquilles et cadres de marche;
  - xxi) bandes herniaires;
  - xxii) prothèses capillaires requises à la suite d'une chimiothérapie;
  - xxiii) injections sclérosantes;
  - xxiv) appareil et matériel pour une colostomie ou une iléostomie;
  - xxv) cathéters.
- i) Les soins dentaires donnés hors de l'hôpital par un dentiste et rendus nécessaires par suite d'une blessure accidentelle aux dents naturelles, saines et entières, à condition que :
- i) la blessure accidentelle soit survenue alors que la personne assurée était couverte par la présente garantie;

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – OPTIONS 1, 2, 3, 10 ET SOINS VISUELS**

---

- ii) les soins soient les moins dispendieux qui puissent être fournis pour un traitement professionnel adéquat;
- iii) les frais ne dépassent pas le montant indiqué pour le traitement dans le barème d'honoraires provincial en vigueur pour les omnipraticiens dans la province de résidence de la personne assurée; et
- iv) les soins soient reçus au cours des 12 mois qui suivent la date de la blessure accidentelle.

Les autres frais dentaires non liés à la blessure accidentelle sont exclus;

- j) Les frais de prothèses auditives ou autres dispositifs connexes (y compris les réparations et les remplacements, mais pas les piles) et les services professionnels d'un audioprothésiste, par suite de l'achat de la prothèse ou d'un dispositif connexe, s'ils sont prescrits par un médecin, un audiologiste ou un orthophoniste;
- k) Les frais d'examens de la vue faits par un ophtalmologiste ou un optométriste.

### **Option 10**

Les frais médicaux couverts sont les suivants, jusqu'à concurrence des maximums prévus au Tableau sommaire :

- a) Les services fournis au domicile de la personne assurée par un infirmier autorisé ou par un infirmier auxiliaire, à condition que :
  - i) Les services rendus soient prescrits par un médecin et approuvés au préalable par l'assureur;
  - ii) Les services soient nécessaires du point de vue médical;
  - iii) Les services soient de l'ordre de ceux fournis par un infirmier autorisé ou par un infirmier auxiliaire; et
  - iv) L'infirmier autorisé ou l'infirmier auxiliaire ne possèdent aucun lien de parenté avec la personne assurée et ne demeurent pas avec elle normalement.

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – OPTIONS 1, 2, 3, 10 ET SOINS VISUELS**

---

- b) Le service ambulancier professionnel pour le transport en cas d'urgence médicale jusqu'à l'hôpital le plus proche équipé pour fournir les traitements nécessaires ou pour le transport depuis l'hôpital, lorsque l'état de la personne assurée empêche l'utilisation d'un autre moyen de transport;
- c) Frais de séjour dans un établissement de soins de santé autorisé à fournir des soins de réadaptation ou de convalescence pourvu que :
  - i) la personne assurée soit sous la supervision régulière d'un médecin ou d'un infirmier autorisé;
  - ii) le séjour ait été recommandé par un médecin;
  - iii) le séjour commence dans les 14 jours suivant la fin d'une période d'hospitalisation;
  - iv) le séjour ait pour but la réadaptation ou la convalescence.

Toutefois, les frais de séjour pour des soins de réadaptation ou de convalescence en raison d'abus de drogue ou d'alcool ou de dépendance à ces substances ne sont pas remboursés;
- d) Frais pour les examens de laboratoire, les résonances magnétiques et les autres services d'imagerie médicale à des fins de diagnostic, autres que les frais de radiographies d'un chiropraticien, pourvu que :
  - i) la couverture de ces examens et services ne soit pas interdite par une législation provinciale;
  - ii) les examens et services soient effectués dans un établissement autorisé à effectuer de tels examens et services; et
  - iii) les examens et les services aient été nécessaires au diagnostic d'une maladie ou d'une blessure ou afin de déterminer l'efficacité du traitement prescrit ou reçu;
- e) Frais pour les transfusions sanguines, les injections de plasma et de sérum;
- f) Honoraires pour des soins paramédicaux donnés par l'un des praticiens énumérés au Tableau sommaire, fournis par un praticien dûment autorisé par un organisme provincial ou fédéral responsable à pratiquer sa profession dans les limites définies par les règles de cette profession.

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – OPTIONS 1, 2, 3, 10 ET SOINS VISUELS**

---

Si les services du praticien sont couverts par le régime de soins de santé provincial, aucune protection ne sera fournie en vertu de cette garantie pour tous les montants payables pour ces services en vertu du régime provincial;

- g) Frais pour des radiographies faites par un chiropraticien;
- h) Frais pour la location ou, au choix de l'assureur, pour l'achat de l'équipement et du matériel médicaux suivants, à condition qu'ils soient prescrits par un médecin :
  - i) tente à oxygène et fournitures pour l'administration d'oxygène;
  - ii) appareil d'aérosolthérapie, tente d'inhalation, nébuliseurs pour la fibrose kystique, l'emphysème aigu, une bronchite obstructive chronique ou l'asthme chronique;
  - iii) prothèses oculaires, y compris les réparations et les remplacements;
  - iv) prothèses artificielles, y compris les réparations et les remplacements;
  - v) fauteuils roulants manuels ou fauteuils roulants électriques, lorsque la personne assurée n'est pas en mesure de conduire un fauteuil roulant manuel en raison d'un état médical;
  - vi) lits d'hôpital à commande manuelle ou lits d'hôpital à commande électrique, lorsque la personne assurée n'est pas en mesure d'utiliser un lit d'hôpital à commande manuelle en raison d'un état médical, y compris les côtés et les trapèzes pour lit;
  - vii) moniteurs d'apnée pour les dysrythmies respiratoires;
  - viii) appareils de contrôle et d'administration liés au diabète, y compris l'équipement lié à l'injection d'insuline tels les aiguilles, les seringues, les lancettes et le matériel pour des tests de diagnostic;
  - ix) neurostimulateur transcutané;
  - x) respirateur médical à pression positive intermittente;
  - xi) prothèses mammaires;

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – OPTIONS 1, 2, 3, 10 ET SOINS VISUELS**

---

- xii) bas élastiques médicaux prescrits pour le traitement des varices ou requis en raison de brûlures graves ou d'une intervention chirurgicale;
- xiii) chaussures orthopédiques et chaussures correctrices dont la nécessité a été déterminée médicalement par un professionnel de la santé qui exerce dans les limites définies par l'organisme de réglementation provincial approprié et qui ont été fabriquées sur mesure, personnalisées ou moulées sur commande pour la personne assurée par un spécialiste diplômé dans le domaine de la fabrication de chaussures orthopédiques. Les chaussures orthopédiques vendues dans les commerces qui n'ont pas été personnalisées pour la personne assurée ne sont pas couvertes;
- xiv) éléments correctifs ajoutés à des chaussures ordinaires dont la nécessité a été déterminée médicalement par un professionnel de la santé qui exerce dans les limites définies par l'organisme de réglementation provincial approprié;
- xv) orthèses podiatriques dont la nécessité a été déterminée médicalement par un professionnel de la santé qui exerce dans les limites définies par l'organisme de réglementation provincial approprié et qui ont été conçues et fabriquées spécifiquement pour la personne assurée par un spécialiste diplômé dans le domaine de la fabrication d'orthèses podiatriques. Les orthèses podiatriques vendues dans les commerces qui n'ont pas été conçues et fabriquées pour la personne assurée ne sont pas couvertes;
- xvi) appareils orthopédiques avec soutien rigide; soutiens dorsaux; harnais d'épaule; licous et collets cervicaux;
- xvii) attelles, autres que des attelles dentaires, et plâtres;
- xviii) cannes, béquilles et cadres de marche;
- xix) bandes herniaires;
- xx) prothèses capillaires requises à la suite d'une chimiothérapie;
- xxi) appareil et matériel pour une colostomie ou une iléostomie;
- xxii) cathéters.

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – OPTIONS 1, 2, 3, 10 ET SOINS VISUELS**

---

- i) Les soins dentaires donnés hors de l'hôpital par un dentiste et rendus nécessaires par suite d'une blessure accidentelle aux dents naturelles, saines et entières, à condition que :
- i) la blessure accidentelle soit survenue alors que la personne assurée était couverte par la présente garantie;
  - ii) les soins soient les moins dispendieux qui puissent être fournis pour un traitement professionnel adéquat;
  - iii) les frais ne dépassent pas le montant indiqué pour le traitement dans le barème d'honoraires provincial en vigueur pour les omnipraticiens dans la province de résidence de la personne assurée; et
  - iv) les soins soient reçus au cours des 12 mois qui suivent la date de la blessure accidentelle.

Les autres frais dentaires non liés à la blessure accidentelle sont exclus;

- j) Les frais de prothèses auditives ou autres dispositifs connexes (y compris les réparations et les remplacements, mais pas les piles) et les services professionnels d'un audioprothésiste, par suite de l'achat de la prothèse ou d'un dispositif connexe, s'ils sont prescrits par un médecin, un audiologiste ou un orthophoniste.

### **Option Soins visuels**

Les frais pour des lunettes (y compris les lunettes de soleil et de sécurité), des lentilles cornéennes ou pour une chirurgie correctrice au laser, lorsque prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste et jusqu'à concurrence du maximum prévu au Tableau sommaire.

### **EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS**

La présente garantie ne couvre pas les frais :

- a) payables ou remboursables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été présentée;

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – OPTIONS 1, 2, 3, 10 ET SOINS VISUELS**

---

- b) pour une blessure ou une maladie résultant de toute tentative de suicide ou toute blessure que la personne assurée s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- c) pour une blessure ou une maladie résultant d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;
- d) pour une blessure ou une maladie résultant de la perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel ou de la provocation d'une agression;
- e) pour tout traitement ou appareil visant à corriger la dimension verticale, ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;
- f) pour tous les soins ou traitements qui ne sont pas médicalement nécessaires, qui sont donnés dans un but esthétique ou dans un but autre que curatif, qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique, ou un traitement de nature expérimentale;
- g) pour tous les soins ou traitements inscrits dans le cadre d'un programme de recherche et de développement de produit dont l'usage n'est pas recommandé par le fabricant ou n'est pas conforme aux normes gouvernementales;
- h) pour tous les soins ou traitements pour une blessure ou une maladie qui ne sont pas reconnus d'usage courant, usuel et coutumier pour une telle blessure ou maladie;
- i) pour la partie des frais en excédent des frais raisonnables et courants normalement engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une blessure ou une maladie de même nature et de gravité équivalente;
- j) pour les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de la personne assurée;
- k) pour tout voyage de santé ou cure de repos;
- l) pour l'examen des yeux, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – OPTIONS 1, 2, 3, 10 ET SOINS VISUELS**

---

- m) pour les lunettes et les lentilles cornéennes, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- n) pour tous les soins ou traitements reliés à la fertilité ou l'infertilité;
- o) pour l'achat ou la location de tout appareil de confort, de massage et d'accessoires domestiques qui ne sont pas requis exclusivement pour un usage médical;
- p) pour l'achat de services ou de fournitures ayant pour seul objet de faciliter la participation de la personne assurée dans des sports ou des activités de loisirs, et non pour des activités quotidiennes;
- q) pour tous les soins et traitements (y compris la lutte contre la dépendance) pour des états tels que l'obésité, le tabagisme, la toxicomanie et l'alcoolisme, sans toutefois s'y limiter;
- r) pour les vaccins de nature préventive et l'administration de sérums, de vaccins et de médicaments injectables;
- s) pour les contraceptifs (autres qu'oraux), sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- t) pour les produits suivants, à moins qu'ils ne puissent être obtenus que sur l'ordonnance d'un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire ces médicaments et qu'ils doivent être délivrés par un pharmacien :
  - produits pour l'entretien des lentilles cornéennes;
  - protéines ou suppléments diététiques, acides aminés;
  - aliments pour bébés;
  - rince-bouches, pansements et pastilles;
  - shampoings, huiles, crèmes;
  - produits de toilette, y compris les savons et les émoullients;
  - substances adoucissantes et protectrices pour la peau;
  - vitamines, suppléments vitaminiques ou multivitamines;
  - minéraux;
  - produits homéopathiques;
  - stéroïdes anabolisants;

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – OPTIONS 1, 2, 3, 10 ET SOINS VISUELS**

---

- u) pour toute contribution au paiement du coût des services pharmaceutiques et des médicaments que doit assumer la personne assurée en vertu du Régime général d'assurance-médicaments du Québec;
- v) pour les médicaments visant à améliorer la qualité de vie, tels que les médicaments liés aux problèmes de dysfonction érectile, d'infertilité, de perte des cheveux ou de manque de croissance, sans toutefois s'y limiter;
- w) pour les médicaments sur ordonnance dispensés par une clinique ou une pharmacie non accréditée d'un hôpital ou pour les traitements ambulatoires, y compris les médicaments dits d'urgence ou de recherche;
- x) pour les soins ou traitements reçus à l'extérieur du Canada en raison d'une situation d'urgence médicale liée (i) à une grossesse, si l'urgence médicale survient après la 32<sup>e</sup> semaine de grossesse ou (ii) au déclenchement volontaire d'un avortement;
- y) liés à tout soin ou traitement qui a été prodigué par un fournisseur de soins de santé ou un fournisseur de services qui :
  - i) a été accusé d'avoir commis une faute professionnelle ou d'avoir eu recours à des pratiques déloyales; ou
  - ii) fait l'objet d'une enquête menée par un organisme officiel relativement à une loi ou à un règlement; ou
  - iii) fait l'objet d'une enquête menée par l'assureur relativement à sa conduite professionnelle ou à sa pratique; ou
  - iv) exerce une profession qui n'est pas réglementée par un organisme de réglementation fédéral ou provincial reconnu de façon officielle et compétent dans le territoire où les services ont été fournis et, selon l'avis raisonnable de l'assureur, ne satisfait pas aux standards de l'industrie relatifs à sa profession.

Le montant de la prestation est diminué de toute prestation payable ou remboursable (i) en vertu d'un régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui habituellement l'aurait été si une demande de règlement avait été soumise en vertu d'un tel régime ou (ii) par une tierce partie en raison d'une poursuite ou d'un règlement.

# ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – OPTIONS 1, 2, 3, 10 ET SOINS VISUELS

---

## CALCUL DU REMBOURSEMENT

### **Franchise annuelle**

La franchise annuelle, s'il y a lieu, doit être payée par la personne assurée durant l'année civile, avant que des prestations soient payables en vertu de la présente garantie. Le montant de la franchise annuelle exigible est indiqué au Tableau sommaire.

### **Report de la franchise annuelle**

Si la franchise annuelle a été acquittée en tout ou en partie par le paiement des frais couverts engagés au cours des 3 derniers mois d'une année civile, le montant des frais couverts engagés au cours de ces 3 derniers mois, et qui ont été utilisés pour acquitter la franchise annuelle pour cette année civile, sera reporté et utilisé pour acquitter la franchise annuelle de l'année civile suivante.

### **Remboursement**

L'assureur rembourse le pourcentage des frais couverts engagés, tel qu'indiqué au Tableau sommaire, lorsque la franchise annuelle a été acquittée.

### **Maximum par personne assurée**

Le montant maximum que rembourse l'assureur en vertu de la présente garantie est indiqué au Tableau sommaire.

### **Coordination des prestations**

Si la personne assurée est admissible à recevoir des prestations en vertu de la présente garantie et de toute autre garantie couvrant des frais pour soins, services ou fournitures qui ont été engagés pour des soins ou des traitements médicaux ou découlant de ceux-ci, les prestations seront coordonnées de façon à ne pas excéder les frais réellement engagés. L'expression «garantie» désigne toute garantie qui prévoit des prestations pour soins, services ou fournitures en vertu :

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – OPTIONS 1, 2, 3, 10 ET SOINS VISUELS**

---

- i) de tout régime d'assurance collective, individuelle ou familiale, d'assurance voyage, d'assurance des débiteurs ou des épargnants,
- ii) de tout régime pris en charge par l'État, et
- iii) de tout régime d'avantages sociaux non assuré.

### PRESTATION DE SURVIVANT

Si le participant décède tandis qu'il est couvert par la présente garantie ou avant toute prolongation de la protection telle que prévue à l'article Prolongation des prestations, l'assurance en vertu de cette garantie sera maintenue pour ses personnes à charge qui étaient couvertes par la présente garantie au moment du décès, sans paiement de primes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) 12 mois après le décès du participant;
- b) La date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si le participant avait été vivant;
- c) La date de résiliation de la garantie.

### PROLONGATION DES PRESTATIONS

Si à la date à laquelle la protection d'une personne assurée en vertu de la présente garantie se termine et que la personne assurée est invalide, une prestation sera payable pour les frais de soins médicaux couverts qui sont directement liés à l'invalidité, à condition que :

- a) Les frais soient engagés dans les 90 jours suivant la date à laquelle la protection a été interrompue; et
- b) Cette garantie soit en vigueur lorsque les frais sont engagés.

Tel que stipulé dans le présent article, «invalide» et «invalidité» signifient :

- a) En ce qui concerne un participant, son incapacité totale, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'effectuer tout travail pour lequel il est rai-

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – OPTIONS 1, 2, 3, 10 ET SOINS VISUELS**

---

sonnablement qualifié en raison de sa scolarité, de sa formation ou de son expérience; et

- b) En ce qui concerne une personne à charge, que cette personne à charge est hospitalisée ou reçoit un traitement donné par un médecin en raison d'un handicap physique ou mental pouvant être déterminé du point de vue médical.

### **DROIT DE TRANSFORMATION**

Le participant dont l'assurance maladie complémentaire est résiliée en raison de la terminaison de :

- a) son emploi, ou
- b) son appartenance au groupe,

peut transformer sa garantie d'assurance maladie complémentaire en un contrat d'assurance maladie individuelle sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité à l'assureur.

Le contrat d'assurance maladie individuelle qui sera établi respectera les taux et les conditions générales déterminés par l'assureur.

Le participant doit présenter une demande et payer toutes les primes exigées relativement au contrat d'assurance maladie individuelle dans un délai de 60 jours suivant la date de terminaison de son assurance en vertu de la police collective. Si aucune demande n'est présentée et aucune prime n'est payée dans un tel délai de 60 jours, le participant ne pourra être assuré en vertu du contrat d'assurance maladie individuelle.

Le contrat d'assurance maladie individuelle prendra effet à la date à laquelle la demande et la prime auront été reçues par l'assureur.

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE – OPTIONS 1, 2, 3, 10**

---

Les services décrits ci-après seront fournis s'ils sont liés à une urgence médicale ou à une urgence personnelle survenue alors que la personne assurée est à l'extérieur de sa province de résidence, à condition que :

- a) La personne assurée soit couverte par la garantie Assurance maladie complémentaire au moment où survient la situation d'urgence;
- b) L'urgence survienne au cours des premiers 60 jours de l'absence de la personne assurée de sa province de résidence, ou si l'absence est due au fait que la personne assurée fréquente à temps plein une institution d'enseignement agréée, l'urgence survienne durant l'année scolaire au cours de laquelle la personne assurée était inscrite à une institution d'enseignement;
- c) La personne assurée se soit absentée pour des raisons professionnelles, pour des vacances ou pour fréquenter à temps plein une institution d'enseignement agréée; et
- d) En cas d'urgence médicale, l'urgence soit couverte en vertu de l'article Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de la garantie Assurance maladie complémentaire.

Les services seront fournis par le fournisseur de services d'assistance médicale de l'assureur. La personne assurée est tenue de contacter le fournisseur de services d'assistance médicale pour faire la demande de services en cas d'urgence.

### DÉFINITION

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

**Membre de la famille immédiate** : Le conjoint, le père, la mère, un enfant, un frère ou une sœur de la personne assurée.

# **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE – OPTIONS 1, 2, 3, 10**

---

## SERVICES D'ASSISTANCE MÉDICALE

Les services médicaux suivants sont disponibles en cas d'urgence :

- a) Accès à un service téléphonique jour et nuit
- Le fournisseur de services d'assistance médicale donne accès, à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit et ce, 365 jours par année, à un service téléphonique où un personnel multilingue permettra de mettre la personne assurée en contact avec un réseau de spécialistes pouvant s'occuper de l'urgence.

b) Soins médicaux

Le fournisseur de services d'assistance médicale a les responsabilités suivantes :

- Si la personne assurée n'est pas en mesure de localiser un médecin ou un hôpital, diriger cette personne vers un médecin ou un hôpital approprié.
- Organiser des consultations avec des médecins généralistes ou des spécialistes afin d'obtenir les meilleurs soins médicaux disponibles dans la région, à la demande de la personne assurée.
- Aider à l'admission dans un hôpital.
- Confirmer, aux médecins et aux hôpitaux, que la police collective de la personne assurée couvrira les frais médicaux de la personne assurée.

c) Transport médical

Le fournisseur de services d'assistance médicale a les responsabilités suivantes :

- Organiser et payer le transport ou le transfert de la personne assurée à un hôpital par tout moyen approprié recommandé par le médecin traitant, ceci en accord avec le fournisseur de services d'assistance médicale.

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE – OPTIONS 1, 2, 3, 10**

---

- Organiser et payer le rapatriement de la personne assurée à son domicile ou jusqu'à un hôpital près de son domicile après le traitement initial, par tout moyen de transport adéquat et à la condition que son état de santé le nécessite et le permette. Le fournisseur de services d'assistance médicale organise et contrôle le rapatriement par le mode de transport le plus approprié : avion-ambulance, hélicoptère, avion de ligne commerciale, train ou ambulance.
- d) Paiement des dépenses médicales et avance de fonds
- Le fournisseur de services d'assistance médicale prend les arrangements nécessaires au paiement des dépenses médicales couvertes en vertu de l'article Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de la garantie Assurance maladie complémentaire.
  - Si cela s'avère nécessaire pour que la personne assurée reçoive des soins médicaux, le fournisseur de services d'assistance médicale avance des fonds, après accord préalable de l'assureur, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, en monnaie légale du Canada.
- e) Rapatriement de la dépouille mortelle
- À la suite du décès de la personne assurée, le fournisseur de services d'assistance médicale s'occupe des formalités à accomplir et du paiement de tous les frais liés au transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation dans sa province de résidence, jusqu'à concurrence de 3 000 \$. Les frais d'obsèques ne sont pas payés.
- f) Retour des enfants à charge
- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise le rapatriement des enfants de la personne assurée qui ont moins de 16 ans et sont privés de surveillance en raison de l'hospitalisation de la personne assurée. De plus, le fournisseur de services d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touriste des enfants accompagnés, au besoin, à leur lieu de résidence habituel. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE – OPTIONS 1, 2, 3, 10**

---

supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.

- g) Retour d'une personne assurée ou d'un membre de la famille immédiate de la personne assurée
- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise le rapatriement de la personne assurée ou de tout membre de la famille immédiate de la personne assurée ayant perdu l'usage de son billet d'avion en raison de l'hospitalisation ou du décès de la personne assurée. Le fournisseur de services d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touriste de la personne assurée ou d'un membre de la famille immédiate à son lieu de résidence habituel. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.
- h) Visite d'un membre de la famille immédiate
- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise et règle le transport aller-retour en classe touriste d'un membre de la famille immédiate à des fins de visite si la personne assurée est hospitalisée pour une durée minimum de 7 jours consécutifs et si ladite visite est bénéfique à la personne assurée, d'après l'avis du médecin traitant.
- i) Frais de subsistance pour le logement et les repas
- Si le retour est reporté à la suite de l'hospitalisation d'une personne assurée pour une durée de plus de 24 heures, ou en raison de son décès, les frais de subsistance engagés, en raison de ce délai, par elle, par un membre de la famille immédiate l'accompagnant ou par un membre de la famille immédiate lors d'une visite, dans les circonstances définies au paragraphe ci-dessus (Visite d'un membre de la famille immédiate), sont remboursables, jusqu'à concurrence d'un maximum quotidien de 150 \$ par personne et d'un remboursement global de 1 500 \$.

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE – OPTIONS 1, 2, 3, 10**

---

Le fournisseur de services d'assistance médicale rembourse les frais reliés au logement et aux repas sur réception de reçus explicatifs.

j) Retour du véhicule

- Le fournisseur de services d'assistance médicale verse une allocation maximale de 1 000 \$ pour le retour du véhicule de la personne assurée, qu'il soit privé ou loué, à la résidence de la personne assurée ou à l'agence de location appropriée la plus proche.

k) Médicaments en cas d'urgence

- Lorsque la personne assurée ne peut trouver sur place un médicament indispensable à la poursuite d'un traitement en cours, le service d'assistance médicale effectue les démarches nécessaires à la recherche et à l'envoi de ces médicaments. Le coût du médicament devra être défrayé par la personne assurée à moins qu'il ne soit couvert en vertu de la garantie Assurance maladie complémentaire.

### SERVICES D'ASSISTANCE VOYAGE EN CAS D'URGENCE PERSONNELLE

Les services suivants sont fournis lors d'une situation d'urgence personnelle :

a) Service téléphonique de traduction

- En cas d'urgence, le fournisseur de services d'assistance médicale met à la disposition de la personne assurée des services d'interprète pour les appels téléphoniques dans la plupart des langues étrangères.

b) Service de transmission et de garde de messages

- En cas d'urgence, le fournisseur de services d'assistance médicale transmet, sur demande, un message de la personne assurée à son domicile, à son bureau ou ailleurs, ou conserve pendant 15 jours les messages qui sont destinés à la personne assurée ou aux membres de sa famille immédiate.

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE – OPTIONS 1, 2, 3, 10**

---

c) Assistance juridique

- En cas d'urgence de cet ordre, le fournisseur de services d'assistance médicale assiste la personne assurée afin d'obtenir de l'aide juridique locale au besoin et l'aide également à obtenir une avance de fonds en espèces sur ses cartes de crédit ou par l'entremise de sa famille et de ses amis afin d'acquitter les frais de contentieux et de cautionnement.

d) Information-voyage

- Le fournisseur de services d'assistance médicale transmet avant, pendant et après le voyage de la personne assurée, de l'information relative au transport, aux vaccinations et aux précautions à prendre.

e) Perte de bagages ou de documents

- Si la personne assurée égare ou se fait voler ses bagages ou documents de voyage, le fournisseur de services d'assistance médicale aide la personne assurée à contacter les autorités compétentes.

### EXCLUSIONS

Les services d'urgence prévus en vertu de la présente garantie sont offerts sous réserve des exclusions qui s'appliquent à la section Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de la garantie Assurance maladie complémentaire.

### RESPONSABILITÉ

Le fournisseur de services d'assistance médicale et l'assureur sont dégagés de toute responsabilité quant aux retards ou aux empêchements à fournir l'assistance médicale dans les cas suivants : grève, guerre civile ou étrangère, invasion, intervention de puissances ennemies, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non), rébellion, insurrection, acte de terrorisme, opération militaire ou coup d'État, émeute ou mouvement populaire, retombées radioactives ou tout autre cas de force majeure.

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE – OPTIONS 1, 2, 3, 10**

---

Les médecins, hôpitaux, cliniques, avocats et autres praticiens ou établissements autorisés à qui le fournisseur de services d'assistance médicale réfère des personnes assurées sont des entrepreneurs indépendants et de ce fait ils agissent pour leur propre compte, plutôt qu'en qualité d'employés, d'agents ou de subordonnés du fournisseur de services d'assistance médicale ou de l'assureur.

En outre, le fournisseur de services d'assistance médicale et l'assureur déclinent toute responsabilité à l'égard d'actes professionnels ou de carences imputables à des médecins, hôpitaux, cliniques, avocats ou autres praticiens ou établissements autorisés vers lesquels le fournisseur de services d'assistance médicale dirige la personne assurée.

### **REMBOURSEMENT**

Si une avance de fonds est fournie pour couvrir des frais engagés ou défrayés et que le participant soumet ces frais à l'assureur sous forme de dépenses couvertes en vertu de la garantie Assurance maladie complémentaire à une date ultérieure, l'assureur ne rembourse au participant qu'un montant, moindre que celui ayant fait l'objet d'une avance de fonds ou remboursé pour ces dépenses, sous réserve de la franchise et du niveau de remboursement applicable aux dites dépenses.

Si une avance de fonds est fournie pour couvrir des frais engagés ou défrayés et que (i) ces frais ne constituent pas une dépense couverte en vertu de l'article Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de la garantie Assurance maladie complémentaire ou que (ii) le montant ayant fait l'objet d'une avance de fonds ou qui a été remboursé est en excédent de la responsabilité de l'assureur en vertu de la police collective, le participant est responsable de rembourser, à l'assureur, le montant de l'avance de fonds ou le montant en excédent, selon le cas, dans les 90 jours de son retour dans sa province de résidence. À défaut de rembourser le montant de l'avance de fonds ou le montant en excédent, l'assureur se réserve le droit de réduire de futures demandes de règlement pour frais médicaux ou autres demandes de règlement faites par le participant ou ses personnes à charge en vertu de cette police collective en fonction du montant dû.

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE – OPTIONS 1, 2 ET 3**

---

L'assureur s'engage à rembourser les frais admissibles décrits ci-après, engagés alors que la personne assurée était couverte par la présente garantie et découlant de l'annulation ou de l'interruption d'un voyage couvert, jusqu'à concurrence d'un maximum de 5 000 \$ par personne assurée, par voyage couvert, sous réserve des conditions et des modalités énoncées dans la présente garantie et la police collective.

Les frais sont couverts uniquement si la personne assurée, au moment de finaliser les arrangements du voyage couvert, ne connaissait aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage couvert.

### DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

**Réunion d'affaires privée :** Une réunion privée préalablement organisée dans le cadre du travail à temps plein de la personne assurée, et qui constitue la seule raison du voyage. En aucun cas, une réunion d'affaires ne pourra inclure une convention, un congrès, une assemblée, une foire, une exposition, un séminaire ou une réunion du conseil d'administration.

**Hôte à destination :** Une personne qui héberge la personne assurée à sa résidence.

**Membre de la famille :** Le conjoint, l'enfant, le père, la mère, le frère, la sœur, le beau-père, la belle-mère, le grand-père, la grand-mère, le petit-enfant, le demi-frère, la demi-sœur, le beau-frère, la belle-sœur, l'oncle, la tante, le neveu et la nièce de la personne assurée.

**Compagnon de voyage :** Une personne qui partage des arrangements financiers de voyage avec la personne assurée, jusqu'à un maximum de 4 personnes, incluant la personne assurée.

**Destination :** La ville ou le pays où se rend la personne assurée.

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE - OPTIONS 1, 2 ET 3**

---

**Transporteur :** Un avion, un autobus ou un train public.

**Voyage couvert :** Un voyage

- a) qui amènera la personne assurée à s'absenter de son domicile pendant au moins 2 nuits consécutives, et
- b) dont la destination est à au moins 400 kilomètres du domicile de la personne assurée.

### RISQUES ASSURÉS

L'annulation ou l'interruption du voyage couvert doit résulter de l'une des causes suivantes :

- a) La maladie, la blessure ou le décès de la personne assurée, d'un membre de sa famille, d'un compagnon de voyage ou d'un membre de la famille du compagnon de voyage;
- b) La maladie, la blessure ou le décès d'un associé d'affaires ou de l'hôte à destination de la personne assurée;
- c) La maladie, la blessure ou le décès d'une personne dont la personne assurée est le tuteur légal;
- d) Le décès d'une personne dont la personne assurée est l'exécuteur testamentaire;
- e) La convocation de la personne assurée à titre de membre d'un jury ou de témoin dans un procès dont l'audition est prévue pendant la période du voyage couvert, sauf si la personne assurée est un officier responsable de l'application de la loi;
- f) La mise en quarantaine de la personne assurée;
- g) Le détournement d'un transporteur à bord duquel la personne assurée voyage;
- h) Un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de la personne assurée;

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE - OPTIONS 1, 2 ET 3**

---

- i) L'annulation d'une réunion d'affaires à la suite d'une maladie, d'une blessure ou du décès de la personne avec qui les arrangements pour la réunion d'affaires avaient été pris au préalable (une preuve écrite des arrangements est requise);
- j) Une recommandation du gouvernement du Canada incitant ses citoyens à ne pas voyager vers cette destination, si cette recommandation a été émise après que la personne assurée ait pris les engagements relatifs au voyage couvert;
- k) La mutation de la personne assurée exigée par son employeur, qui nécessite le déménagement de la personne assurée à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, dans les 30 jours précédant la date du départ.
- l) L'absence de la correspondance prévue ou un départ retardé en raison (i) d'un délai du transporteur responsable de s'assurer de la correspondance à condition que le retard soit causé par des conditions atmosphériques ou une défaillance mécanique ou (ii) d'un accident de la circulation mettant en cause l'automobile privée ou louée de la personne assurée ou le taxi dans lequel elle circulait.

### FRAIS COUVERTS

Les frais suivants sont couverts :

- a) En cas d'annulation avant le départ :
  - i) La portion non remboursable des frais de voyage payés à l'avance;
  - ii) Les frais supplémentaires engagés pour des tarifs d'occupation plus élevés en milieu hôtelier par la personne assurée qui décide de poursuivre un voyage couvert lorsqu'un compagnon de voyage doit annuler en raison de l'un des risques assurés. Les frais supplémentaires seront remboursés jusqu'à concurrence d'une somme ne dépassant pas la pénalité d'annulation de l'hôtel applicable au moment où la personne accompagnatrice doit annuler son voyage couvert.

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE - OPTIONS 1, 2 ET 3**

---

- b) Si le retour est anticipé ou retardé :
- i) Le coût supplémentaire d'un billet de retour simple le plus économique jusqu'au point de départ;
  - ii) La portion non utilisée et non remboursable des frais des autres arrangements de voyage payés à l'avance;
  - iii) Les frais de subsistance pour le logement et les repas dans un établissement commercial lorsqu'une personne assurée doit reporter son retour pour cause de maladie ou de blessure qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, sous réserve d'un remboursement quotidien maximal de 150 \$ par personne assurée et d'un remboursement global maximal de 1 500 \$ pour le participant et ses personnes à charge.

Si la personne assurée possède une couverture identique sous une autre garantie de la police collective, la somme maximale payable en vertu de la police collective ne peut en aucun cas excéder la somme maximale indiquée dans la présente garantie.

- c) Départ retardé ou correspondance manquée :
- i) Le coût supplémentaire d'un billet simple le plus économique exigé par un transporteur jusqu'à la destination prévue, lorsqu'une correspondance ou un départ sont manqués en raison d'un des risques assurés.  
  
Pour que la garantie s'applique, la personne assurée doit avoir prévu arriver au point de départ au moins 2 heures avant l'heure prévue du départ.
  - ii) La portion non utilisée et non remboursable des frais de voyage payés à l'avance, si les conditions atmosphériques empêchent la personne assurée d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pendant une période représentant une interruption d'au moins 30 % de la durée prévue du voyage couvert, et que la personne assurée décide de ne pas poursuivre ledit voyage couvert.

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE - OPTIONS 1, 2 ET 3**

---

### EXCLUSIONS

Aucune somme n'est payable en vertu de la présente garantie, si l'annulation ou l'interruption d'un voyage couvert résulte de l'une des causes suivantes :

- a) L'abus de médicaments ou d'alcool, ou la consommation de drogue;
- b) Le suicide ou la tentative de suicide ou toute blessure que la personne assurée s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- c) La perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel ou la provocation d'une agression;
- d) Une agitation civile, une insurrection ou une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou la participation à une émeute;
- e) Une grossesse, une fausse-couche, un accouchement ou des complications en résultant et se produisant dans les 2 mois précédant la date prévue de l'accouchement;
- f) Une blessure ou une maladie survenue lors de la participation à un événement sportif professionnel ou à tout genre de compétition de véhicules motorisés ou d'épreuves de vitesse, ou à des activités dangereuses tels le vol plané ou à voile, l'alpinisme, le parachutisme, le saut à l'élastique, ou toute autre activité dangereuse;
- g) Une blessure ou une maladie résultant du service dans les forces armées.

Aucune somme n'est payable en vertu de la présente garantie si :

- a) Le voyage couvert a été entrepris dans le but de recevoir des soins médicaux, paramédicaux ou des services hospitaliers;
- b) Le voyage couvert a été entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou ayant subi une blessure, et que la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne constitue la cause de la modification de la date prévue du retour de la personne assurée;
- c) Le voyage couvert a été entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou ayant subi une blessure, et que la condition

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE - OPTIONS 1, 2 ET 3**

---

médicale ou le décès subséquent de cette personne constitue la cause de l'annulation dudit voyage couvert de la personne assurée.

### DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

- a) Lorsqu'un événement mentionné à l'article Risques assurés survient avant la date du départ, la personne assurée doit contacter l'agence de voyage ou le transporteur, selon le cas, dans les 48 heures qui suivent l'événement afin d'annuler le voyage couvert et en aviser l'assureur dans le même délai.
- b) Pour appuyer une demande de prestations, la personne assurée doit fournir l'une ou plusieurs des pièces justificatives suivantes, selon le cas :
  - i) Les originaux des billets de transport non utilisés;
  - ii) Les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
  - iii) Les reçus pour les frais d'arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats établis officiellement par l'intermédiaire de voyage ou d'une compagnie accréditée et faire mention des montants non remboursables en cas d'annulation;
  - iv) Un document officiel attestant qu'un risque assuré fut en fait la cause de l'annulation. Si l'annulation est due à des raisons médicales, la personne assurée doit fournir un certificat médical délivré par le médecin traitant dûment qualifié et exerçant dans la localité où la maladie ou la blessure est survenue et la surveillance médicale doit avoir commencé avant la date prévue du départ ou du retour de la personne assurée, ou le jour même. Le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité d'annuler, de retarder ou d'interrompre le voyage couvert;
  - v) Un rapport de police en cas d'accident de la route.

# ASSURANCE SOINS DENTAIRES

---

L'assureur s'engage à rembourser les frais de la personne assurée pour les soins dentaires engagés alors que la personne assurée était couverte par la présente garantie, sous réserve des conditions et modalités de la présente garantie et de la police collective.

## DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

**Généraliste** : Un dentiste licencié qui exerce sans spécialité à l'intérieur de sa profession.

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

**Denturologiste** : Une personne dûment autorisée par l'organisme provincial responsable à vendre et ajuster des prothèses dentaires.

**Frais engagés** : Les frais qui correspondent à un acte professionnel déjà posé. Les frais ne sont considérés comme étant engagés qu'une fois le traitement effectué, même si un programme de traitement a été soumis à l'assureur et approuvé par ce dernier.

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

**Hygiéniste dentaire** : Une personne dûment autorisée par l'organisme provincial responsable à travailler à titre de praticien spécialisé dans le nettoyage des dents et qui renseigne le patient sur les soins d'hygiène nécessaires à une bonne santé buccodentaire.

## FRAIS DENTAIRES

Seuls les frais ci-dessous, s'il en est fait mention au Tableau sommaire et si les soins sont donnés par un généraliste, ou recommandés par un généraliste et

## ASSURANCE SOINS DENTAIRES

---

donnés par un spécialiste ou donnés par un hygiéniste dentaire, sont considérés comme étant des «frais admissibles».

**Soins préventifs (les frais reliés aux implants sont couverts seulement en vertu de la rubrique Implants de la section Soins majeurs, si cette garantie est incluse)**

- a) Examens et diagnostics
  - i) examen buccal : un tous les 2 ans
  - ii) examen de rappel : un tous les 6 mois
  - iii) examen buccal d'urgence
  - iv) examen d'un aspect particulier
  
- b) Radiographies
  - i) intra-orales – périapicales : une série complète tous les 2 ans
  - ii) intra-orales – occlusales
  - iii) intra-orales – interproximales
  - iv) extra-orales
  - v) sialographies
  - vi) pellicule panoramique : une tous les 2 ans
  - vii) substances radiopaques
  
- c) Tests et examens de laboratoire
  - i) culture microbiologique
  - ii) biopsie des tissus buccaux mous
  - iii) biopsie des tissus buccaux durs
  - iv) examen cytologique
  - v) test de vitalité
  - vi) test de susceptibilité à la carie

## ASSURANCE SOINS DENTAIRES

---

d) Services préventifs

**Pour les personnes assurées résidant au Québec**

- i) polissage de la partie coronaire des dents (prophylaxie) : 1 par période de 6 mois
- ii) application topique de fluorure
- iii) instruction initiale d'hygiène buccale

**Pour les personnes assurées résidant à l'extérieur du Québec**

- i) polissage de la partie coronaire des dents (prophylaxie) : 1 unité de temps par période de 6 mois
- ii) détartrage de la partie coronaire des dents : 1 unité de temps par période de 6 mois

Si des services de parodontie sont fournis en vertu de cette garantie, tout autre détartrage sera combiné au surfaçage radiculaire de la section Parodontie.

- iii) application topique de fluorure
  - iv) instruction initiale d'hygiène buccale
- e) Les mainteneurs d'espace, autres que les couronnes en acier inoxydable, pour les personnes âgées de moins de 18 ans. L'entretien d'un appareil de maintien est limité à 2 par période de 12 mois.

**Soins de base (les frais reliés aux implants sont couverts seulement en vertu de la rubrique Implants de la section Soins majeurs, si cette garantie est incluse)**

a) Services de base

- i) finition des obturations
- ii) scellant de puits et fissures
- iii) contrôle de la carie
- iv) meulage interproximal des dents

## ASSURANCE SOINS DENTAIRES

---

- v) odontotomie prophylactique
- b) Restaurations
  - i) restauration en amalgame
  - ii) restauration en composite
- c) Endodontie
  - i) coiffage de pulpe
  - ii) pulpotomie (à l'exception de la restauration finale)
  - iii) pulpotomie d'urgence
  - iv) traumatisme endodontique
  - v) traitement de canal
  - vi) chirurgie endodontique
  - vii) apexification
  - viii) blanchiment des dents, effectué au cabinet par le dentiste
    - une dent dévitalisée : jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 10 visites par année civile
    - dents vivantes : jusqu'à concurrence d'un traitement par année civile du maxillaire ou du mandibule
- d) Parodontie
  - i) chirurgie parodontale
  - ii) jumelage provisoire
  - iii) services parodontaux complémentaires

### **Pour les personnes assurées résidant au Québec**

Les lissages (surfaçages) radiculaires ainsi que les curetages sont couverts jusqu'à concurrence d'un maximum de 14 dents pour toute période de 12 mois. Ces traitements ne sont couverts que dans les cas où le sondage des poches parodontales indique 4 mm et plus.

## ASSURANCE SOINS DENTAIRES

---

Les détartrages sont couverts jusqu'à 10 unités de temps pour toute période de 12 mois.

### **Pour les personnes assurées résidant à l'extérieur du Québec**

Les lissages (surfaçages) radiculaires sont couverts jusqu'à concurrence de 8 unités de temps pour toute période de 12 mois. La couverture sera combinée à toute unité de temps de détartrage en excédant de la limite stipulée à la section Services préventifs.

- e) Prothèses amovibles
  - i) ajustements
  - ii) réparations
  - iii) rebasage et regarnissage
  - iv) nettoyage et polissage
  
- f) Chirurgie buccale
  - i) ablation de dents ayant fait éruption (sans complication)
  - ii) ablation chirurgicale (complexe)
  - iii) exposition chirurgicale et mouvement d'une dent
    - transplantation : jusqu'à concurrence de 150 \$
    - repositionnement chirurgical : jusqu'à concurrence de 150 \$
  - iv) énucléation d'une dent
  - v) remodelage et plastie des tissus buccaux
    - alvéoloplastie
    - gingivoplastie ou stomatoplastie
    - vestibuloplastie
    - remodelage du plancher de la bouche
    - extension des plis muqueux

## ASSURANCE SOINS DENTAIRES

---

- vi) ablation ou incision chirurgicale
  - ablation de tumeurs ou de kystes
  - énucléation des kystes/granulomes
  - cheiloplastie (rasage de lèvre)
  - greffe d'un os au niveau de la mâchoire
  - marsupialisation
  - incision et drainage ou exploration
  - incision pour le retrait de corps étrangers : jusqu'à concurrence de 150 \$
- vii) traitement des fractures
  - mandibulaire ou maxillaire (y compris la ligature métallique) : réductions ouvertes jusqu'à concurrence de 750 \$
  - fractures alvéolaires
    - débridement, retrait des dents
    - réimplantation d'une dent avulsée (y compris la contention)
    - repositionnement d'une dent déplacée à la suite d'un traumatisme
    - réparations et lacérations : si plus de 6 cm, jusqu'à concurrence de 750 \$
- viii) frénectomie/frénoplastie
- ix) fractures sinusiennes
- g) Services généraux complémentaires
  - i) anesthésie (en corrélation avec de la chirurgie)

# ASSURANCE SOINS DENTAIRES

---

## Soins majeurs

- a) Prothèses amovibles
  - i) prothèses complètes
  - ii) prothèses partielles
  
- b) Prothèses fixes
  - i) tenon coulé
  - ii) pontique
  - iii) pont papillon
  - iv) piliers
  - v) ancrages (sauf les ancrages de transition) et tenons dentinaires pour les ancrages
    - rupteurs de force ou attachements de précision : jusqu'à concurrence de 150 \$ plus les frais de laboratoire
    - télescopage de la couronne : jusqu'à concurrence de 450 \$ plus les frais de laboratoire

L'installation initiale des prothèses amovibles ou fixes est couverte à la condition d'être requise à la suite de l'extraction de dents alors que la personne était assurée en vertu de la présente garantie ou d'une garantie similaire.

Le remplacement de prothèses amovibles ou fixes est couvert s'il est rendu nécessaire pour l'une des raisons suivantes :

- i) l'extraction d'une ou de plusieurs dents naturelles alors que la personne est assurée en vertu de la présente garantie ou d'une garantie similaire;
- ii) la prothèse existe depuis au moins 5 ans et ne peut plus être utilisée; ou
- iii) le remplacement d'une prothèse temporaire moins de 12 mois après son installation.

Toutefois, l'assurance ne couvre en aucun cas le remplacement de prothèses perdues ou volées.

## ASSURANCE SOINS DENTAIRES

---

### c) Restaurations

- i) couronnes
- ii) aurification (si aucune autre substance n'est appropriée)
- iii) incrustation et opposition métallique
- iv) incrustation et opposition en porcelaine (si aucune autre substance n'est appropriée)
- v) pivot préfabriqué
- vi) recimentation d'incrustations, d'oppositions et de couronnes
- vii) ablation d'incrustations, d'oppositions et de couronnes

L'obtention initiale de couronnes, d'incrustations ou d'oppositions n'est couverte que si la dent de la personne assurée est endommagée par une carie ou une blessure et ne peut être réparée avec un amalgame ou une restauration en composite.

Le remplacement des couronnes, des incrustations ou des oppositions sera couvert uniquement si :

- i) la dent de la personne assurée est endommagée à nouveau par la carie ou une blessure et ne peut être réparée avec un amalgame ou une restauration en composite; et
- ii) 5 ans se sont écoulés depuis la date à laquelle la couronne, l'incrustation ou l'opposition a été mise en place ou effectuée.

### d) Mainteneurs d'espace (en cas de perte de dents primaires)

- i) couronne en acier

### e) Implants

Tous les services et soins reliés aux implants sont couverts. Ils comprennent, sans toutefois s'y limiter :

- i) l'examen et diagnostic
- ii) l'installation chirurgicale des implants
- iii) la réimplantation chirurgicale
- iv) la mise en place de l'attache

## ASSURANCE SOINS DENTAIRES

---

- v) les soins postopératoires
- vi) la mise en place d'un tenon prothétique et d'une couronne sur l'implant
- vii) les frais de laboratoire

Si des frais de laboratoire s'appliquent à l'un des procédés des soins majeurs, ces frais sont limités à 60 % des honoraires établis pour ce procédé.

### EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

La présente garantie ne couvre pas les frais :

- a) directement ou indirectement liés à une reconstruction complète de la bouche, visant à corriger la dimension verticale, ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;
- b) relatifs à un appareil que la personne assurée doit porter dans l'exercice d'un sport ou d'une activité récréative;
- c) qui sont payables ou remboursables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été soumise;
- d) pour les services et fournitures rendus nécessaires à la suite de toute tentative de suicide ou toute blessure que la personne assurée s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- e) pour les services et fournitures qui résultent d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;
- f) pour les services et fournitures qui ne sont pas médicalement nécessaires, qui sont donnés dans un but esthétique ou pour toute raison autre que curative ou qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique;
- g) pour les services et fournitures donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de la personne assurée;

## ASSURANCE SOINS DENTAIRES

---

- h) pour les implants et les services reliés aux implants tels que, sans toutefois s'y limiter, les services chirurgicaux, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- i) pour les services et fournitures qui résultent de la perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel ou de la provocation d'une agression.

Le montant de la prestation est diminué de toute prestation payable ou remboursable (i) en vertu d'un régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui habituellement l'aurait été si une demande de règlement avait été soumise, ou (ii) par une tierce partie en raison d'une poursuite ou d'un règlement.

### PROGRAMME DE TRAITEMENT

S'il est prévu que le coût total du traitement dépassera 300 \$, un programme de traitement doit être soumis à l'assureur qui déterminera, avant le début du traitement, le montant des frais couverts.

Par «programme de traitement», on entend une description écrite des traitements nécessaires, selon l'opinion du dentiste, ainsi que les radiographies à l'appui de cette opinion, la date probable et le coût prévu de ces traitements.

### MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

#### **Honoraires**

Les frais couverts seront remboursés conformément au Guide des honoraires pour l'année indiquée au Tableau sommaire, sous réserve de toute limite indiquée dans la garantie.

Les frais engagés au Canada, autres que les frais liés aux services rendus par un denturologiste, sont limités au tarif normal suggéré pour les généralistes de la province de résidence de la personne assurée.

Les frais engagés pour des services rendus par un denturologiste sont limités aux honoraires normaux suggérés pour les denturologistes de la province de résidence de la personne assurée.

## ASSURANCE SOINS DENTAIRES

---

Les frais engagés à l'extérieur du Canada sont limités au tarif normal suggéré pour les généralistes de la province de résidence de la personne assurée.

### **Preuves**

Avant d'effectuer un remboursement, l'assureur peut exiger comme preuve à l'appui, sans aucuns frais de sa part, un diagramme complet montrant l'état de la dentition de la personne assurée avant le début des traitements pour lesquels une demande d'indemnité est faite. L'assureur peut aussi, s'il le juge nécessaire, exiger les rapports de laboratoire ou d'hôpital, radiographies, plâtres, moules ou modèles à des fins d'étude ou autres preuves semblables.

### **Autre programme de traitement**

S'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de la personne assurée, l'assureur rembourse le traitement le moins dispendieux qui donnera un résultat professionnel adéquat compte tenu de la condition de la personne assurée.

## CALCUL DU REMBOURSEMENT

### **Franchise annuelle**

La franchise annuelle, s'il y a lieu, doit être payée par la personne assurée durant l'année civile, avant que des prestations soient payables en vertu de la présente garantie. Le montant de la franchise annuelle exigible est indiqué au Tableau sommaire.

### **Report de la franchise annuelle**

Si la franchise annuelle a été acquittée en tout ou en partie par le paiement des frais couverts engagés au cours des 3 derniers mois d'une année civile, le montant des frais couverts engagés au cours de ces 3 derniers mois, et qui ont été utilisés pour acquitter la franchise annuelle pour cette année civile, sera reporté et utilisé pour acquitter la franchise annuelle de l'année civile suivante.

# ASSURANCE SOINS DENTAIRES

---

## **Remboursement**

L'assureur rembourse le pourcentage des frais admissibles engagés, tel qu'indiqué au Tableau sommaire, lorsque la franchise annuelle a été acquittée.

## **Maximum par personne assurée**

Le montant maximum remboursé par l'assureur est indiqué au Tableau sommaire.

## **Coordination des prestations**

Si la personne assurée est admissible à recevoir des prestations en vertu de la présente garantie et de toute autre garantie couvrant des frais pour soins, services ou fournitures qui ont été engagés pour des soins ou des traitements dentaires ou découlant de ceux-ci, les prestations seront coordonnées de façon à ne pas excéder les frais réellement engagés. L'expression «garantie» désigne toute garantie qui prévoit des prestations pour soins, services ou fournitures en vertu :

- i) de tout régime d'assurance collective, individuelle ou familiale, d'assurance voyage, d'assurance des débiteurs ou des épargnants,
- ii) de tout régime pris en charge par l'État, et
- iii) de tout régime d'avantages sociaux non assuré.

## **PRESTATION DE SURVIVANT**

Si le participant décède tandis qu'il est couvert par la présente garantie ou avant toute prolongation de la protection telle que prévue à l'article Prolongation des prestations, l'assurance en vertu de cette garantie sera maintenue pour ses personnes à charge qui étaient couvertes par la présente garantie au moment du décès, sans paiement de primes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) 12 mois après le décès du participant;
- b) La date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si le participant avait été vivant;

## ASSURANCE SOINS DENTAIRES

---

- c) La date de résiliation de la garantie.

### PROLONGATION DES PRESTATIONS

Si l'assurance en vertu de la présente garantie se termine, les frais couverts engagés après la date de terminaison ne sont pas payables, même si un programme de traitement avait été déposé et les prestations approuvées par l'assureur, sauf si le traitement dentaire est effectué dans les 31 jours suivant la date de terminaison de la garantie et qu'à la date de terminaison,

- a) l'impression pour des prothèses complètes ou partielles a été prise, mais les prothèses n'ont pas encore été installées; ou
- b) la dent a été préparée pour des ponts fixes, des couronnes, des incrustations, des oppositions ou des aurifications; ou
- c) la chambre pulpaire a été ouverte en vue d'un traitement radiculaire.

### DROIT DE TRANSFORMATION

Le participant dont l'assurance soins dentaires est résiliée en raison de la terminaison de :

- a) son emploi, ou
- b) son appartenance au groupe,

peut transformer sa garantie d'assurance soins dentaires en un contrat d'assurance soins dentaires individuelle sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité à l'assureur, à condition qu'il transforme également son assurance maladie complémentaire. Si l'assurance maladie complémentaire n'est pas convertie, le participant ne pourra convertir son assurance soins dentaires.

Le contrat d'assurance soins dentaires individuelle qui sera établi respectera les taux et les conditions générales déterminés par l'assureur.

Le participant doit présenter une demande et payer toutes les primes exigées relativement au contrat d'assurance soins dentaires individuelle dans un délai de 60 jours suivant la date de terminaison de son assurance en vertu de la police collective. Si aucune demande n'est présentée et aucune prime n'est

## **ASSURANCE SOINS DENTAIRES**

---

payée dans un tel délai de 60 jours, le participant ne pourra être assuré en vertu du contrat d'assurance soins dentaires individuelle.

Le contrat d'assurance soins dentaires individuelle prendra effet à la date à laquelle la demande et la prime auront été reçues par l'assureur.

## **COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION**

---

Un participant peut demander à l'assureur de lui remettre une copie de la police, de son formulaire d'adhésion et de tout document écrit (fourni comme preuves d'assurabilité) qui peut avoir été remis à l'assureur relativement à son assurance en vertu de la police. L'assureur fournira au participant la première copie de la police, le formulaire d'adhésion et tous les documents écrits pertinents, et ce, sans frais. Des copies additionnelles peuvent être obtenues moyennant des frais établis par l'assureur.

## COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT

---

### **Demandes de règlement pour les garanties d'Assurance-médicaments, d'Assurance maladie complémentaire et d'Assurance soins dentaires**

Le participant doit remplir le formulaire correspondant, y joindre l'original des reçus, le cas échéant, et transmettre le tout à l'adresse suivante :

#### Pour les participants résidant au Québec

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.  
Assurance collective - Service des règlements maladie/dentaire  
C.P. 800, succursale Maison de la Poste  
Montréal (Québec) H3B 3K5

#### Pour les participants résidant à l'extérieur du Québec

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.  
Assurance collective - Service des règlements maladie/dentaire  
C.P. 4643, succursale A  
Toronto (Ontario) M5W 5E3

Il est important que le participant conserve une copie de ses reçus. De plus, le participant devrait conserver une copie du calcul détaillé des prestations qui sera joint à ses chèques de remboursement. Le participant peut avoir besoin de ces documents pour établir la coordination de ses prestations avec un autre assureur ou pour sa déclaration de revenus.

## COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT

---

### **Demandes de règlement pour la garantie d'Assurance salaire et d'Assurance frais de bureau**

Le participant doit remplir le formulaire correspondant et le transmettre à l'adresse suivante :

#### Pour les participants résidant au Québec

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.  
Assurance collective - Service des règlements invalidité  
C.P. 800, succursale Maison de la Poste  
Montréal (Québec) H3B 3K5

#### Pour les participants résidant à l'extérieur du Québec

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.  
Assurance collective - Service des règlements invalidité  
522, avenue University, bureau 400  
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

---

### **AVIS IMPORTANT**

#### **pour les personnes hospitalisées hors de leur province de résidence**

---

La personne assurée est tenue de communiquer avec le fournisseur du service d'assistance médicale de l'Industrielle Alliance aussitôt qu'elle est raisonnablement en mesure de le faire après le début de son hospitalisation, sans quoi l'Industrielle Alliance peut refuser la demande de règlement de la personne assurée ou y apporter des limitations.

|                                   |                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| Appel du Canada ou des États-Unis | 1-800-203-9024 (sans frais)        |
| Appel d'un autre pays             | 514-499-3747 (appel à frais virés) |

## PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

---

L'Industrielle Alliance tient à protéger la confidentialité des renseignements personnels obtenus sur tout participant et ses personnes à charge dans le cadre de services fournis en vertu du régime collectif établi pour le titulaire de la police. L'Industrielle Alliance reconnaît et respecte le droit de toute personne à sa vie privée et à la confidentialité des renseignements qui la concernent.

Dès l'adhésion du participant au régime collectif, l'Industrielle Alliance ouvre un dossier confidentiel pour y consigner tout renseignement personnel obtenu à l'égard du participant. Ce dossier sera conservé aux bureaux de l'Industrielle Alliance.

Ne peuvent avoir accès au dossier que les employés, les représentants et les fournisseurs de services de l'Industrielle Alliance qui en ont besoin dans l'exercice de leurs attributions, ainsi que les personnes qui ont reçu l'autorisation du participant, ou qui y sont autorisées par la loi.

À l'Industrielle Alliance, les renseignements personnels recueillis sont utilisés dans le cadre de services administratifs exigés par le régime collectif. Ces services administratifs comprennent notamment :

- l'établissement de l'admissibilité au régime collectif ou à une quelconque garantie;
- l'inscription des participants au régime collectif;
- l'évaluation et le règlement des sinistres;
- la sélection des risques (y compris l'établissement des taux applicables au régime collectif).

### **Droit d'accès du participant aux renseignements personnels obtenus à son égard**

Le participant a le droit de consulter les données recueillies à son sujet et de demander, par écrit, la correction de toute information inexacte. Le participant peut en outre demander que toute donnée périmée ou superflue soit supprimée.

Si l'Industrielle Alliance a au dossier du participant des renseignements médicaux qu'elle n'a pas obtenus directement de ce dernier, elle ne les communiquera au participant que par l'entremise de son médecin traitant.

Pour demander l'accès aux renseignements personnels le concernant, ou pour demander qu'on enlève son nom de la liste utilisée à l'intérieur du Groupe Industrielle Alliance, le participant doit communiquer par écrit avec le responsable du droit d'accès à l'information à l'adresse ci-dessous :

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.  
Responsable du droit d'accès à l'information  
1080, Grande Allée Ouest  
C.P. 1907, succursale Terminus  
Québec (Québec) G1K 7M3

## NOTES

## NOTES

## NOTES

## NOTES



