

V O S Garanties



BROCHURE D'EXPLICATION



Bonjour!



CROIX BLEUE^{MC}
MEDAVIE



Cascades Canada ULC
Groupe Tissu – Paper Source Corp.
Usine
Groupe n° 93137G

LISTE DES GARANTIES

SOMMAIRE DES GARANTIES	1
VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE EN BREF	9
ASSURANCE VIE.....	13
ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE	16
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	19
ASSURANCE SANTÉ - MÉDICAMENTS.....	23
ASSURANCE SANTÉ - ACCIDENT/MALADIE.....	27
ASSURANCE SANTÉ - VOYAGE	34
DEUXIÈME OPINION^{MD}	40

ASSURANCE ACCIDENT

(Souscrite par SSQ, Société d'assurance Inc.)
Police numéro 1CA80

Révisé : avril 2019

SOMMAIRE DES GARANTIES

Le présent sommaire des garanties doit s'interpréter de pair avec les modalités décrites dans les différentes sections de la brochure.

Délai d'admission

3 mois de travail continu

Assurance vie de base de l'adhérent

Montant assurable	Une fois le salaire annuel
Mode d'arrondissement	Au 1 000 \$ supérieur
Maximum	
• sans preuve d'assurabilité	150 000 \$
• avec preuve d'assurabilité	150 000 \$
Réduction à 65 ans	50 % du montant d'assurance
Prestation dans le cas d'une maladie en phase terminale	Incluse
Désignation de bénéficiaire transférée du contrat antérieur	Non
Fin de la garantie	70 ans (ou retraite, si antérieure)

Assurance vie de base des personnes à charge

Montant d'assurance	
Conjoint	5 000 \$
Enfant(s)	2 500 \$ par enfant *
Fin de la garantie	70 ans ou retraite, si antérieure (âge de l'adhérent)

*Dès la naissance ou 28 semaines de gestation si mort-né

Assurance vie facultative

Montant assurable :

- **Adhérent** Multiple de 10 000 \$
Maximum avec preuve d'assurabilité 300 000 \$, incluant l'assurance vie de base
- **Conjoint** Multiple de 10 000 \$
Maximum avec preuve d'assurabilité 300 000 \$
- **Enfant(s)** Multiple de 2 500 \$
Maximum avec preuve d'assurabilité 25 000 \$

Fin de la garantie :

- Adhérent et enfant(s)** 70 ans ou retraite, si antérieure (âge de l'adhérent)
- Conjoint** La première des dates suivantes :
 - 70^e anniversaire du conjoint
 - 70^e anniversaire de l'adhérent (ou sa retraite, si antérieure)

Assurance salaire de courte durée

Montant assurable	66,67 % du salaire hebdomadaire, arrondi au dollar supérieur
Maximum	
• sans preuve d'assurabilité	1 000 \$
• avec preuve d'assurabilité	1 000 \$
Délai de carence :	
Hospitalisation ou chirurgie d'un jour	Aucun
Accident	Aucun
Maladie	7 jours civils
Durée maximale des prestations	17 semaines
Imposition des prestations	Oui
Intégration à la CAEC	Non
Fin de la garantie	70 ans (ou retraite, si antérieure)

Assurance salaire de longue durée

Montant assurable	66,67 % des premiers 2 000 \$ du salaire mensuel, plus 50 % de l'excédent, arrondi au dollar supérieur
Maximum	
• sans preuve d'assurabilité	5 200 \$
• avec preuve d'assurabilité	6 000 \$
Délai de carence	Fin des prestations d'assurance salaire de courte durée
Durée maximale des prestations	Jusqu'à l'âge de 65 ans
Imposition des prestations	Non
Intégration directe des prestations (RRQ, RPC et lois sociales)	Oui
Notion de propre emploi	24 mois
Coordination : l'ensemble des prestations ne doit pas excéder	85 % du salaire net
Fin de la garantie	65 ans (ou retraite, si antérieure)

GÉNÉRALITÉS

Franchise	50 \$ par assuré, maximum de 100 \$ par famille, par année civile
Mode de remboursement	Carte de paiement direct
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de primes
Fin de la garantie	Retraite

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximum</u>
Liste régulière *	80 %	illimité

* Croix Bleue rembourse le coût du médicament interchangeable (générique) dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, quel que soit le médicament qui a été prescrit.

L'assuré peut tout de même se procurer un médicament de coût plus élevé et alors payer la différence de coût.

Croix Bleue applique la clause de substitution pour le médicament interchangeable (générique) dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, même si le médecin indique que le médicament prescrit ne peut être substitué.

Si l'assuré ne tolère pas le médicament interchangeable (générique) dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, Croix Bleue peut accepter de rembourser le coût d'un autre médicament interchangeable, sur une base de cas par cas, par le biais du processus de l'autorisation spéciale.

GÉNÉRALITÉS

Franchise	Aucune
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de primes
Fin de la garantie	70 ans ou à la retraite si antérieure (âge de l'adhérent)

**HOSPITALISATION
(sans franchise)**

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximum</u>	<u>Maximum de jours par année civile</u>
Soins actifs	100 %	Chambre à deux lits	illimité
Convalescence ou réadaptation physique	100 %	Chambre à deux lits	120 jours

**LUNETTES ET VERRES DE CONTACT
(sans franchise)**

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement Maximum global</u>
Lunettes ou verres de contact suite à une chirurgie de la cataracte (couvert pour les assurés de moins de 65 ans)	80 %	200 \$ / à vie

PARAMÉDICAUX

	<u>Pourcen- tage de rembour- sement</u>	<u>Rembour- sement maximum par visite</u>	<u>Rembour- sement maximum par année civile</u>	<u>Global ou parti- culier*</u>
Psychologue	80 %	illimité	300 \$	G1
Psychothérapeute	80 %	illimité	300 \$	G1
Physiothérapeute	80 %	illimité	500 \$	G2
Technicien en réadaptation physique	80 %	illimité	500 \$	G2
Chiropraticien	80 %	illimité	300 \$	P
Radiographies (chiropraticien)	80 %	illimité	50 \$	P
Ostéopathe	80 %	illimité	300 \$	P
Podiatre	80 %	illimité	300 \$	P
Naturopathe	80 %	illimité	300 \$	P
Audiologiste	80 %	illimité	300 \$	P
Orthophoniste	80 %	illimité	300 \$	P

* G = maximum global pour tous les paramédicaux

P = maximum particulier par professionnel

FOURNITURES ET SERVICES MÉDICAUX

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximum</u>
Soins infirmiers	80 %	10 000 \$ / année civile
Service ambulancier	80 %	illimité
Chaussures orthopédiques	80 %	500 \$ / année civile
Orthèses podiatriques	80 %	300 \$ / année civile
Bas de contention	80 %	4 paires / année civile
Prothèses auditives	80 %	500 \$ / 36 mois consécutifs
Stérilet	80 %	1 / 24 mois consécutifs
TENS (neurostimulateur transcutané)	80 %	illimité
Appareils pour diabétiques	80 %	illimité
Soins dentaires à la suite d'un accident	80 %	illimité
Injections sclérosantes	80 %	15 \$ / visite
<u>Prothèses</u>		
• membres artificiels, yeux artificiels	80 %	illimité
• prothèses capillaires à la suite d'une chimiothérapie	80 %	150 \$ / année civile
• prothèses mammaires	80 %	150 \$ / 24 mois consécutifs
<u>Aides à la mobilité et appareils orthopédiques</u>		
• fauteuil roulant manuel standard	80 %	1 / 5 années civiles
• béquilles, cannes, marchettes, plâtres, bandages herniaires, appareils orthopédiques, collets cervicaux et orthèses	80 %	illimité
<u>Équipement médical</u>		
• lit d'hôpital manuel standard, trapèze de lit, pompe à insuline et fournitures, Bi-PAP, CPAP, respirateur, moniteur d'apnée et appareil d'aérosothérapie	80 %	1 / 5 années civiles / article
<u>Tests diagnostiques</u>		
• analyses de laboratoire, rayons X, électrocardiogrammes, tomographies par ordinateur (CT Scans), échographies, imagerie par résonance magnétique (IRM)	80 %	illimité
<u>Autres fournitures et services médicaux</u>		
• oxygène	80 %	illimité
• appareils pour administrer l'oxygène	80 %	1 / 5 années civiles
• tentes à oxygène	80 %	illimité
• fournitures pour personnes stomisées et larynx artificiel	80 %	illimité
• vêtements compressifs pour brûlures majeures	80 %	Illimité
Gestion des maladies chroniques	80 %	500 \$/année civile

GÉNÉRALITÉS

Franchise	Aucune
Assistance voyage	Fournie par Canassistance inc.
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de primes
Fin de la garantie	70 ans, ou retraite si antérieure (âge de l'adhérent)

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximum</u>
Assurance médico- hospitalière	100 %	5 000 000 \$ à vie, par assuré
Durée de la protection par voyage		Les premiers 90 jours

* L'assuré doit en tout temps demeurer assuré par la Régie de l'assurance maladie de sa province de résidence

À noter : Si votre voyage excède la limite de jours couverte en vertu de la présente garantie, nous vous recommandons fortement de souscrire avant votre départ une assurance individuelle d'assurance voyage pour les journées excédentaires qui ne seront pas couvertes en vertu de cette garantie.

Deuxième opinion^{MD}

Voir le texte de la garantie Deuxième opinion^{MD} pour une description détaillée

Fin de la garantie	70 ans ou retraite, si antérieure (âge de l'adhérent)
---------------------------	---

Votre régime d'assurance collective en bref

Votre employeur est heureux de mettre à votre disposition un programme d'assurance collective qui vous offre, à vous et à votre famille, une sécurité médicale et financière. Ce programme vous est offert par l'entremise de Medavie inc. et La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, ci-après appelées « assureur ».

Les différentes sections d'information reprennent, sous une forme simplifiée, les dispositions du contrat intervenu entre votre employeur et l'assureur. Vous trouverez dans la présente section des renseignements sur l'admissibilité et la participation au régime d'assurance, ainsi que l'information dont vous avez besoin pour utiliser la protection qui vous est offerte de façon optimale afin d'assurer votre sécurité et celle de votre famille.

Cette brochure et votre certificat d'assurance contiennent des renseignements importants. Veuillez donc les conserver dans un endroit sûr.

Lorsque la loi l'exige, vous avez le droit de recevoir une copie détaillée de la partie du contrat d'assurance collective qui concerne votre protection, une copie de votre demande d'adhésion et toute déclaration écrite ou tout rapport fournis à la Compagnie qui attestent de votre état de santé. Vous pouvez également recevoir, dans un délai raisonnable, une copie du contrat contenant les garanties assurées. La première copie est gratuite. Des frais peuvent vous être demandés pour les copies suivantes. Toutes les demandes de copies de documents doivent être adressées à Croix Bleue Medavie.

Enfin, veuillez noter que dans cette brochure, le masculin est utilisé sans discrimination et uniquement dans le but d'en faciliter la lecture.

Mon adhésion au régime d'assurance collective est-elle obligatoire?

Oui. Vous devez adhérer à toutes les garanties d'assurance auxquelles vous êtes admissible en vertu de la catégorie d'adhérents à laquelle vous appartenez, en tenant compte également de votre statut familial.

Toutefois, vous pouvez obtenir **une exemption** pour la garantie d'assurance santé si vous démontrez à l'assureur que vous et vos personnes à charge êtes couverts en vertu du régime de votre conjoint. Si cette autre assurance se termine de façon **involontaire**, vous et vos personnes à charge redevenez admissibles au présent régime. Vous devez alors en faire la demande **dans les 31 jours** de la fin de l'autre assurance.

Quand devenez-vous admissible à l'assurance collective?

À titre d'employé permanent, vous êtes admissible à la protection d'assurance collective dès que vous complétez le délai d'admission mentionné au Sommaire des garanties. Pour participer au régime, vous devez remplir les formulaires d'assurance qui vous sont remis au moment où vous devenez admissible aux différents régimes.

Vos personnes à charge sont assurées à compter de la date à laquelle vous devenez assuré, ou, ultérieurement, à compter de la date à laquelle elles deviennent vos personnes à charge.

Quelles sont les personnes à charge admissibles?

Vos personnes à charge admissibles sont :

- Votre **conjoint**, qui est la personne avec laquelle vous êtes marié, ou la personne que vous présentez comme votre conjoint et avec laquelle vous habitez depuis au moins un an, cette période d'un an n'étant pas applicable si un enfant est né de votre union.

Votre conjoint est celui qui est désigné sur votre demande d'adhésion et il demeure couvert par la suite, sauf s'il y a dissolution du mariage par divorce ou annulation ou si, en raison de l'échec de votre union, vous et votre conjoint de fait vivez séparément durant au moins **90** jours.

- Vos **enfants** célibataires entièrement à votre charge et
 - âgés de moins de 21 ans, ou
 - âgés de moins de 26 ans, s'ils sont étudiants dûment inscrits à temps plein dans un établissement dispensant un enseignement de l'ordre secondaire, collégial ou universitaire;
 - sans égard à l'âge, s'ils habitent avec vous et ont une déficience physique ou mentale permanente, survenue avant l'âge de 18 ans (ou 26 ans s'ils étaient étudiants) et ne reçoivent aucune allocation en vertu de la Loi sur la sécurité du revenu.

À noter : Pour l'**assurance vie de base des personnes à charge**, l'enfant est couvert dès sa naissance ou 28 semaines de gestation si mort-né.

Dois-je présenter une preuve d'assurabilité?

Vous devez présenter une preuve d'assurabilité

- pour tout montant d'assurance qui dépasse le montant sans preuve d'assurabilité indiqué au Sommaire des garanties;
- pour adhérer à l'assurance vie facultative ou pour en augmenter la protection à une date ultérieure;
- si votre demande d'adhésion ou celle de vos personnes à charge est présentée à l'assureur plus de 31 jours après la date d'admissibilité.

Comment devez-vous présenter les demandes de règlement?

Assurance santé - Hospitalisation

Si vous ou l'une de vos personnes à charge êtes hospitalisé, il vous suffit de présenter votre certificat d'assurance à l'hôpital au moment de l'admission. La demande sera directement acheminée aux bureaux de l'assureur par l'hôpital.

Assurance santé – Médicaments

Cette garantie comporte un mode de paiement direct par l'intermédiaire de la carte-médicaments CROIX BLEUE. Vous devez présenter votre carte au pharmacien et vous ne paierez alors que votre franchise, s'il y a lieu, de même que votre coassurance.

Vous n'avez donc aucune demande de règlement à présenter à l'assureur.

Assurance santé - Accident/maladie

Remplissez le formulaire de demande de règlement, joignez-y les originaux de vos reçus et faites parvenir le tout à l'assureur.

La demande de règlement dûment remplie doit être envoyée à l'assureur à l'adresse ci-dessous au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Croix Bleue Medavie
Case postale 3300, succursale B
Montréal (Québec) H3B 4Y5

Assurance santé - Voyage

Vous devez obtenir des factures détaillées pour les services que vous avez reçus (hospitaliers, médicaux ou autres) et présenter à l'assureur un certificat du médecin traitant attestant que les services faisant l'objet de la demande de règlement ont été rendus. L'assureur s'occupera de demander au régime gouvernemental concerné le remboursement de la partie des frais payables par ce dernier.

Vous pouvez obtenir les formulaires de demande de règlement auprès de l'assureur à l'adresse suivante :

Croix Bleue
Règlements/Assurance voyage
Case postale 910, Succursale B
Montréal (Québec) H3B 3K8

La demande de règlement dûment remplie doit parvenir à l'assureur au plus tard six mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE, VEUILLEZ VOUS ADRESSER AU SERVICE À LA CLIENTÈLE DE LA CROIX BLEUE MEDAVIE À L'UN DES NUMÉROS SUIVANTS :

**1-888-821-6111
514-286-8300**

À noter : Aux fins des différentes garanties de votre régime d'assurance collective, vous et vos personnes à charge êtes considérés comme étant assurés en vertu des lois sur l'assurance-hospitalisation et sur l'assurance-maladie de votre province de résidence, et en aucun cas les sommes versées par l'assureur ne dépasseront celles qui l'auraient été si l'assuré avait été assuré en vertu de ces lois, sauf stipulation contraire.

Qui a accès aux renseignements confidentiels à mon sujet?

Les renseignements personnels qui seront transmis à l'assureur seront conservés dans votre dossier d'assurance auprès de Medavie inc. et La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada. Ces renseignements serviront uniquement à traiter vos demandes de règlement. Seuls les employés ou mandataires dûment autorisés par l'assureur auront accès à vos renseignements personnels dans la pratique courante de l'entreprise.

Sur demande écrite et avec un préavis de 30 jours, vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements contenus dans votre dossier et, s'il y a lieu, de demander une rectification selon les dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*. Veuillez adresser votre demande au :

Responsable de l'accès à l'information
Medavie inc. et
La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada
550, rue Sherbrooke Ouest
Montréal (Québec) H3A 6T6

Assurance vie

Le régime d'assurance vie vous offre, à un coût avantageux, une protection qui vous permet d'obtenir les montants d'assurance vie dont vous avez besoin pour répondre à vos besoins et à ceux de vos personnes à charge.

Assurance vie de base

Le montant assurable est indiqué au Sommaire des garanties.

La protection d'assurance vie de base est réduite de 50 % lorsque vous atteignez **65 ans**. La protection prend fin à la cessation d'emploi, à la retraite ou à **70 ans**, selon la première échéance.

Assurance vie de base des personnes à charge

Si vous détenez une protection familiale, vos personnes à charge sont également assurées. Leur montant d'assurance vie est indiqué au Sommaire des garanties.

La protection des personnes à charge prend fin à la date à laquelle votre propre protection prend fin ou au moment où elles cessent d'être admissibles à titre de personnes à charge, selon la première échéance.

Assurance vie facultative

Référez-vous au Sommaire des garanties pour savoir si l'assurance vie facultative est offerte dans votre groupe.

Si tel est le cas, vous pouvez souscrire un montant d'assurance vie facultative par tranches de 10 000 \$ selon les modalités décrites au Sommaire des garanties.

Pour votre conjoint, le montant est un multiple de 10 000 \$, selon les modalités décrites au Sommaire des garanties.

Pour vos enfants, le montant est un multiple de 2 500 \$, selon les modalités décrites au Sommaire des garanties.

Votre protection d'assurance vie facultative, ainsi que celle de vos personnes à charge, prend fin à votre cessation d'emploi, à la date de votre retraite ou lorsque vous atteignez l'âge de **70 ans**, selon la première échéance.

L'assurance de votre conjoint se termine également pour lui-même s'il atteint l'âge de **70 ans** avant vous.

Prestation pour maladie en phase terminale

Si l'on diagnostique chez vous une maladie en phase terminale susceptible d'entraîner votre décès en moins de 12 mois, une prestation anticipée équivalant au moins de 50 000 \$ ou de **50 %** du montant de votre Assurance vie de base peut être prélevée sur votre capital-décès et vous être versée. Vous pouvez utiliser cette somme comme vous l'entendez.

Le médecin traitant doit présenter à l'assureur un certificat médical satisfaisant et vous devez répondre aux critères requis pour être admissible à l'exonération des primes faisant partie de certaines garanties du contrat. Il est également convenu que la prestation de décès anticipée sera déduite du montant d'assurance vie de base qui sera versé à votre bénéficiaire au moment de votre décès.

Versement des indemnités

En cas de décès, l'assureur versera le montant de votre assurance vie de base et de votre assurance vie facultative, s'il y a lieu, à votre bénéficiaire désigné. C'est vous qui êtes le bénéficiaire de l'assurance vie de vos personnes à charge.

Exclusion : suicide (applicable à l'assurance vie facultative seulement)

Si vous ou l'une de vos personnes à charge décédez des suites d'un suicide, ou d'une tentative de suicide au cours des **24** mois qui suivent l'entrée en vigueur de **l'assurance vie facultative ou de toute augmentation du montant d'assurance vie facultative**, l'assurance ou l'augmentation de cette assurance ne sera pas payée. Dans ce cas, la responsabilité de l'assureur sera limitée au remboursement des primes versées.

Droit de transformation

Si votre assurance vie se termine pour l'un des motifs énumérés ci-dessous, qui se produisent **à votre 65^e anniversaire de naissance ou avant cette date**, vous pouvez demander, dans **les 31 jours** suivant la fin de votre assurance, de transformer votre couverture d'assurance vie collective en assurance individuelle, sans avoir à présenter aucune preuve d'assurabilité, sous réserve des dispositions mentionnées ci-dessous pour les adhérents du Québec et hors Québec.

Les motifs de transformation sont les suivants : votre départ à la retraite, la fin de votre emploi ou de votre appartenance au groupe, la résiliation du contrat d'assurance ou la résiliation de l'assurance de la catégorie d'adhérents à laquelle vous appartenez.

Le droit de transformation s'applique également aux réductions prévues ou à la fin des garanties qui se produisent à des âges précis, sans toutefois excéder l'âge de 65 ans.

La transformation est assujettie aux conditions du contrat et la prime de l'assurance individuelle sera calculée selon l'échelle en vigueur chez l'assureur à la date à laquelle l'assurance individuelle doit entrer en vigueur, selon le montant de l'assurance, votre âge et la catégorie de risques à laquelle vous appartenez à ce moment.

Montant d'assurance vie qui peut être transformé

1. Si vous résidez au Québec

Le montant d'assurance vie transformé pour vous-même doit être d'au moins **10 000 \$** et ne peut excéder **le plus petit des montants suivants** :

- a) votre montant total d'assurance vie (incluant votre assurance vie facultative, s'il y a lieu) qui se termine dans votre régime d'assurance collective ou
- b) 400 000 \$.

Votre **conjoint et vos enfants à charge** peuvent également demander la transformation de leur assurance collective en assurance individuelle, dans les 31 jours de la fin de leur assurance pour un des motifs décrits ci-dessus, ou dans les 31 jours suivant la date à laquelle votre conjoint ou vos enfants cessent de répondre à la définition de personne à charge admissible dans votre régime d'assurance collective.

Le montant d'assurance vie transformé pour chacune des personnes à charge doit être **d'au moins 5 000 \$** et ne doit pas dépasser le moindre de leur montant total d'assurance vie collective à la date de résiliation et 400 000 \$.

2. Si vous résidez hors Québec

Le montant d'assurance vie transformé ne peut excéder **le plus petit des montants suivants** :

- a) votre montant total d'assurance vie (incluant votre assurance vie facultative, s'il y a lieu) qui se termine dans votre régime d'assurance collective ou
- b) 200 000 \$.

Votre **conjoint** peut également demander la transformation de son assurance collective en assurance individuelle, dans les 31 jours de la fin de votre propre assurance pour un des motifs décrits ci-dessus, ou dans les 31 jours suivant la date à laquelle il cesse de répondre à la définition de conjoint admissible dans votre régime d'assurance collective.

Le montant d'assurance vie transformé pour votre conjoint ne doit pas dépasser le moindre de son montant total d'assurance vie collective à la date de la résiliation, ou 200 000 \$.

Le droit de transformation ne s'applique pas à l'assurance des enfants à charge.

Assurance salaire de courte durée

Si vous devez vous absenter de votre travail en raison d'un accident ou d'une maladie, vous avez droit à des prestations pour chaque journée d'invalidité totale, jusqu'à concurrence du nombre de semaines indiqué au Sommaire des garanties. Les prestations sont versées à compter de l'expiration du délai de carence, qui est le nombre de jours consécutifs au début de l'invalidité pour lequel aucune prestation n'est versée en vertu du contrat. Le délai de carence est indiqué au Sommaire des garanties.

Les prestations sont versées chaque semaine. Si le délai de carence est exprimé en jours ouvrables, les prestations versées pour chaque jour d'invalidité totale sont égales à 1/5 de la prestation hebdomadaire; si ce délai n'est pas exprimé en jours ouvrables, les prestations versées sont alors égales à 1/7 de la prestation hebdomadaire.

Définition d'invalidité totale

Aux fins de l'assurance salaire de courte durée, l'invalidité totale signifie que vous êtes incapable d'accomplir toutes et chacune des tâches de votre emploi régulier. Cet état d'incapacité doit résulter d'un accident ou d'une maladie et exiger les soins continus d'un médecin dès le début de l'invalidité.

Rechute

Deux périodes successives d'invalidité attribuables à la même cause ou à des causes connexes et séparées par **une période de moins de deux semaines** consécutives de travail à temps plein sont considérées comme une même période d'invalidité. Des périodes successives d'invalidité de causes entièrement différentes sont aussi considérées comme une même période d'invalidité si, au moment où débute la seconde, vous n'avez pas repris le travail que vous effectuiez avant le début de la première invalidité pendant au moins un jour entier.

Lorsque des périodes successives d'invalidité sont considérées comme une seule et même période, vous n'avez pas à compléter un nouveau délai de carence. Les prestations continuent pour la durée non courue de la période maximale prévue au Sommaire des garanties.

Réduction des prestations

Les prestations hebdomadaires sont réduites d'un montant égal aux prestations auxquelles vous êtes admissible en vertu :

- de tout régime provincial d'assurance automobile qui ne prend pas en compte les prestations versées par la Commission de l'assurance-emploi dans le versement de ses indemnités;
- du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada;
- de tout régime d'avantages sociaux établi par l'employeur, tels que définis dans la Loi de l'impôt sur le revenu.

Les prestations hebdomadaires sont réduites même si vous négligez ou refusez de vous prévaloir de vos droits en vertu des lois et régimes énoncés ci-dessus.

Par ailleurs, aucune prestation n'est payable au cours des périodes suivantes :

- la période pour laquelle vous recevez ou avez droit de recevoir des prestations en vertu d'une commission de la santé et de la sécurité du travail ou de tout régime similaire;
- la période durant laquelle vous êtes admissible aux prestations d'invalidité de la Commission de l'assurance-emploi du Canada, lorsque la présente garantie est intégrée à celle-ci;
- la période durant laquelle vous êtes en vacances rémunérées;
- la période durant laquelle vous recevez ou avez le droit de recevoir une rémunération de votre employeur;
- la période pour laquelle vous recevez des prestations de maternité en vertu d'une loi provinciale ou fédérale;
- le congé de maternité ou parental pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou à une entente avec votre employeur;
- période de mise à pied temporaire/congé autorisé ou suspension disciplinaire sans solde.

Enfin, aucune prestation n'est payable si l'invalidité résulte directement ou indirectement de l'une ou l'autre des causes suivantes :

- blessure volontaire, peu importe votre état d'esprit au moment de l'incident;
- blessure subie lors de votre participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, sauf dans l'accomplissement de vos fonctions, ou blessure subie durant une guerre, déclarée ou non;
- blessure subie lors de la commission ou de la tentative de commission d'un acte criminel.

De façon générale, aucune prestation d'invalidité de courte durée n'est payable si l'invalidité débute durant un emprisonnement.

Par contre, si l'invalidité survient au cours d'un congé de maternité, d'un congé parental ou d'un retrait préventif au cours duquel la garantie est demeurée en vigueur et les primes d'assurance salaire de courte durée ont été versées à l'assureur, le délai de carence débutera le premier jour de l'invalidité, mais les prestations ne seront versées qu'à l'expiration de ce délai de carence et qu'à la date prévue de retour au travail, tel que mentionné par écrit à l'assureur avant le début de l'absence.

Programme de réadaptation

Pendant que vous recevez des prestations d'assurance salaire de courte durée, l'assureur pourrait vous demander de prendre part à un programme d'emploi de réadaptation.

- a) L'invalidité totale ne sera pas réputée avoir pris fin pour la seule raison que vous participez à ce programme.
- b) Si, à cause de votre invalidité, vous êtes incapable de compléter votre programme de réadaptation, vos prestations seront ramenées au montant que vous receviez avant le début du programme de réadaptation.
- c) Tant que vous participez à ce programme, l'assureur réduira ses prestations hebdomadaires dans la mesure nécessaire pour que votre revenu total provenant de toutes sources n'excède pas 100 % du revenu que vous gagniez avant votre invalidité.

Perte du droit aux prestations

Votre droit de recevoir des prestations sera révoqué en cas :

- de refus de vous soumettre à un examen médical demandé par l'assureur;
- d'incapacité de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de la persistance de l'invalidité; ou
- de l'occupation d'un emploi rémunérateur (sauf un programme de réadaptation); ou
- de refus de participer à un programme de réadaptation qui vous est approprié.

Fin de la protection

La protection d'assurance salaire de courte durée prend fin à la cessation d'emploi, à la retraite ou lorsque vous atteignez 70 ans, selon la première échéance.

Toutefois, si vous êtes invalide au moment où vous atteignez 70 ans, vos prestations seront versées jusqu'à concurrence de 15 semaines. Par exemple, si vous recevez des prestations depuis 10 semaines au moment où vous atteignez 70 ans, les prestations se poursuivront pendant 5 semaines, puis prendront fin.

Assurance salaire de longue durée

Si votre invalidité totale se poursuit au-delà du délai de carence indiqué au Sommaire des garanties, vous pouvez devenir admissible aux prestations d'assurance salaire de longue durée. Le premier versement est payable à la fin du mois durant lequel le délai de carence prend fin et le dernier jour de chaque mois par la suite. Pour chaque jour d'invalidité totale, la prestation est égale à 1/30 de la prestation mensuelle.

Définition d'invalidité totale

L'invalidité totale est définie comme étant :

- pendant le délai de carence et la période de **24 mois** qui suit immédiatement la fin du délai de carence, l'état d'incapacité totale et continue, résultant d'un accident ou d'une maladie, qui vous empêche d'accomplir les *tâches régulières* de votre propre emploi qui vous permettrait de gagner au moins 80 % de votre salaire avant le début de l'invalidité totale; et
- par la suite, l'état d'incapacité totale et continue, résultant d'un accident ou d'une maladie, qui vous empêche d'accomplir les tâches régulières de toute occupation :
 - qui vous permettrait de gagner au moins 70 % de votre salaire avant le début de l'invalidité totale et
 - qui soit compatible avec votre formation, votre éducation et votre expérience.

De plus, vous devez en tout temps être sous les soins continus d'un médecin.

Les tâches régulières désignent les activités jugées essentielles au rendement pour votre poste et auxquelles vous consacrez, toute proportion gardée, la majeure partie de votre temps.

La disponibilité de l'occupation, de l'emploi ou du travail ne sera pas prise en considération lors de l'analyse de l'invalidité.

La perte d'un permis, d'une licence ou d'une certification professionnelle ne constitue pas, en soi, une invalidité.

Rechute

Toutes les périodes successives d'invalidité totale séparées par moins de six mois de travail actif continu sont considérées comme une seule et même période d'invalidité, à moins que la nouvelle invalidité ne soit due à un accident ou à une maladie entièrement différente et ne commence qu'après votre retour au travail.

Lorsque des périodes successives d'invalidité sont considérées comme une seule et même période, vous n'avez pas à compléter un nouveau délai de carence. Les prestations continuent pour la durée non courue de la période maximale prévue au Sommaire des garanties.

Si la nouvelle invalidité est attribuable à des causes complètement indépendantes de l'invalidité antérieure et que vous avez repris activement le travail pendant au moins un jour entier, vous serez de nouveau admissible à une période d'indemnisation, sous réserve du délai de carence.

Programme de réadaptation

Pendant que vous recevez des prestations d'assurance salaire de longue durée, l'assureur pourrait vous demander de prendre part à un programme de réadaptation.

- a) L'invalidité totale ne sera pas réputée avoir pris fin pour la seule raison que vous participez à ce programme.
- b) Si, à cause de votre invalidité, vous êtes incapable de compléter votre programme de réadaptation, vos prestations seront ramenées au montant que vous receviez avant le début du programme de réadaptation.
- c) Tant que vous participez à ce programme, l'assureur réduira ses prestations mensuelles dans la mesure nécessaire pour que votre revenu total provenant de toutes sources n'excède pas 100 % du revenu que vous gagniez avant votre invalidité.

Condition préexistante

La présente garantie ne s'applique pas lorsque l'invalidité survient au cours des **12 premiers mois** suivant l'entrée en vigueur de l'assurance et qu'elle résulte d'une maladie ou d'un accident pour lequel l'adhérent a reçu des traitements dans la période de **3 mois** précédant la date d'entrée en vigueur de son assurance, à moins que l'adhérent n'ait été assuré en vertu d'une garantie semblable prévue par un contrat collectif antérieur qui a pris fin dans les 31 jours qui ont précédé la date de prise d'effet de la présente garantie.

Traitement désigne une maladie ou une blessure pour laquelle l'adhérent a consulté un médecin, reçu des conseils, traitements, soins ou services médicaux (y compris des mesures diagnostiques) ou a reçu une prescription pour des médicaments.

Exclusions et réduction de la garantie

Réduction des prestations

Les prestations mensuelles peuvent faire l'objet de deux sortes de réduction : directe et indirecte, tel qu'expliqué ci-après.

1. Réduction directe

Les prestations mensuelles sont réduites d'un montant égal aux prestations auxquelles vous êtes admissible pour vous-même (et non pour vos enfants) en vertu :

- du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada;
- de toute commission de la santé et de la sécurité du travail;
- de tout régime provincial d'assurance automobile, s'il y a lieu;
- de la Loi sur l'assurance-emploi du Canada;
- de toute autre loi fédérale ou provinciale.

2. Réduction indirecte (coordination des prestations)

- Dans le cas où la prestation versée par l'assureur n'est pas imposable, elle ne peut excéder 85 % du salaire mensuel net en vigueur à la date à laquelle l'invalidité a débuté.
- De plus, si la somme des prestations mensuelles payables par l'assureur (après réduction directe, s'il y a lieu, en vertu de l'alinéa 1 qui précède) et des montants suivants :
 - revenu provenant d'un régime d'avantages sociaux établi par l'employeur
 - revenu provenant d'un régime en vertu duquel vous êtes assuré comme membre d'une association
 - revenu provenant d'un régime d'avantages sociaux établi conformément à toute loi provinciale ou fédérale, y compris les sources de revenus mentionnées à l'alinéa 1)
 - toute rente de retraite provenant de quelque source que ce soitexcède **85 %** de votre salaire mensuel net (ou brut si votre prestation d'invalidité est imposable) avant le début de l'invalidité, les prestations mensuelles payables en vertu de la présente garantie sont réduites de façon à ce que ce pourcentage ne soit pas dépassé.

Toutefois, le montant de toute augmentation sur les prestations d'invalidité payables en vertu des lois et régimes énoncés ci-dessus, accordé en guise de rajustement en fonction du coût de la vie, ne fait pas l'objet de la présente clause de réduction.

Les prestations mensuelles seront réduites même si vous négligez ou refusez de vous prévaloir de vos droits en vertu des lois et régimes énoncés ci-dessus.

Conditions limitant le versement des prestations

Si l'invalidité totale résulte directement d'alcoolisme ou de toxicomanie, les prestations ne sont payées que si vous êtes en cure fermée de désintoxication et sous surveillance médicale.

De plus, aucune prestation n'est payable au cours des périodes suivantes :

- la période pour laquelle vous recevez des prestations de maternité en vertu d'une loi provinciale ou fédérale;
- le congé de maternité ou parental pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou à une entente avec votre employeur;
- période durant laquelle vous êtes en congé autorisé par l'employeur ou mise à pied temporaire;
- la partie d'une période d'invalidité au cours de laquelle vous êtes incarcéré dans un pénitencier ou toute autre maison de correction, par suite de condamnation pour infraction criminelle ou autre délit.

Si l'invalidité survient au cours d'un congé de maternité, d'un congé parental ou d'un retrait préventif au cours duquel la garantie est demeurée en vigueur et les primes d'assurance salaire de longue durée ont été versées à l'assureur, le délai de carence débutera le premier jour de l'invalidité, mais les prestations ne seront versées qu'à l'expiration de ce délai de carence et qu'à la date prévue de retour au travail, tel que mentionné par écrit à l'assureur avant le début de l'absence.

Enfin, aucune prestation n'est payable si l'invalidité résulte directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :

- blessure volontaire, peu importe votre état d'esprit au moment de l'incident;
- blessure subie lors de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, sauf dans l'accomplissement de vos fonctions ou blessure subie durant une guerre;
- blessure subie durant la commission ou la tentative de commission d'un acte criminel;
- le vol ou tentative de vol à bord d'un avion ou autre aéronef à titre de membre d'équipage ou si vous exercez une fonction quelconque se rapportant au vol.

Perte du droit aux prestations

Même en cas d'invalidité totale, le droit de recevoir des prestations peut être révoqué si :

- vous refusez de vous soumettre à un examen médical demandé par l'assureur;
- vous refusez de participer à un programme médical ou de réadaptation que l'assureur et votre médecin traitant jugent raisonnable et approprié;
- votre invalidité ne répond plus à la définition d'invalidité prévue dans la présente garantie.
- vous refusez de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de la persistance de l'invalidité;
- vous occupez un emploi rémunérateur, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation;
- vous déménagez ou vivez temporairement hors du Canada, sauf lorsque l'assureur a été avisé par écrit et a donné son accord préalable.

Par ailleurs, les prestations prennent fin à la retraite, lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans ou lorsque la durée maximale des prestations indiquée au Sommaire des garanties est atteinte.

Fin de la protection

La protection prend fin à la cessation d'emploi, à la retraite ou lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans, selon la première échéance.

Assurance santé - Médicaments

Cette assurance couvre les frais de médicaments pour vous ou pour vos personnes à charge à la suite d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident, sous réserve de la franchise et du pourcentage de remboursement indiqués au Sommaire des garanties. Les frais de médicaments doivent être engagés au Canada.

Lorsque, dans toute année civile, vous avez déboursé (en franchise et coassurance, le cas échéant) la somme équivalant à la contribution maximale fixée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), que ce soit pour vous-même ou pour vos enfants à charge, les montants déboursés ultérieurement dans cette même année civile pour des médicaments admissibles sont remboursables à 100 % par l'assureur.

Lorsque, dans toute année civile, votre conjoint a déboursé (en franchise et coassurance, le cas échéant) la somme équivalant à la contribution maximale fixée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), les montants déboursés ultérieurement dans cette même année civile pour des médicaments admissibles sont remboursables à 100 % par l'assureur.

Franchise

La franchise est la partie des frais admissibles que vous devez payer pour vous ou vos personnes à charge avant que l'assureur ne commence à rembourser les frais admissibles en vertu du contrat. La franchise s'applique par médicament prescrit ou par **année civile**.

Si, d'après le Sommaire des garanties, votre franchise s'applique par **année civile**, les modalités suivantes seront applicables :

- la franchise est combinée avec la franchise applicable aux frais relatifs à la garantie Accident/maladie, si cela est indiqué au Sommaire des garanties;
- les frais admissibles engagés au cours des trois derniers mois de l'année civile qui égalaient ou qui étaient insuffisants pour satisfaire la franchise pour cette année-là peuvent servir à réduire la franchise de l'année civile suivante.

Frais admissibles

Le régime rembourse les frais suivants, selon le pourcentage indiqué dans le Sommaire des garanties :

1. Les frais de médicaments et produits payables en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments, tels qu'inscrits sur la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et fournis par un pharmacien sur l'ordonnance d'un médecin, d'un résident en médecine ou d'un dentiste. Certains de ces médicaments ne sont toutefois couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par règlement, entre autres dans le cas des médicaments d'exception.

2. Les frais pour des médicaments qui n'apparaissent pas sur la **liste** de la RAMQ, mais qui sont compris dans la « **liste régulière** » de médicaments dressée par l'assureur, telle que définie ci-après.

La **liste régulière** de l'assureur comprend les frais usuels et raisonnables de médicaments ou de produits achetés au Canada et dispensés par un pharmacien (ou par un médecin ou un dentiste autorisés dans une localité où il n'y a pas de pharmacien), qui ne peuvent s'obtenir que sur l'ordonnance écrite d'un médecin, d'un dentiste ou d'un podiatre, qui sont utilisés en cas de grossesse, de maladie ou d'accident et dont la quantité ne dépasse pas une provision de 100 jours.

Le médicament ou produit prescrit doit être commercialisé en vertu du règlement sur les aliments et drogues de la loi canadienne, doit porter un numéro d'identification DIN (Drug Identification Number), doit être utilisé conformément aux indications officielles pour lesquelles il est autorisé et doit faire partie de la liste dressée et maintenue à jour par l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP).

Sont également inclus :

- les médicaments pouvant être injectés et sérums prescrits par un médecin dans le but de traiter une maladie;
- les seringues, les aiguilles, les dispositifs à lancettes, les aiguilles pour stylo-injecteur, les fournitures d'analyse d'urine, les tampons alcoolisés, les bâtonnets réactifs destinés au contrôle du diabète ainsi que la chambre de retenue et l'inhalateur;
- certains médicaments qui sont nécessaires à la survie de l'assuré ou au traitement d'une maladie chronique clairement diagnostiquée, principalement dans les cas de troubles cardiaques, troubles pulmonaires, diabète, arthrite, maladie de Parkinson, épilepsie, fibrose kystique et glaucome. Une demande de règlement peut alors être soumise avec, à l'appui, une ordonnance et une déclaration écrite du médecin indiquant le diagnostic et la période pour laquelle les médicaments sont prescrits.

Frais non remboursés par le régime

Les frais reliés aux produits et aux médicaments suivants ne sont pas remboursés par le régime :

- les produits pour l'entretien des lentilles cornéennes;
- les contraceptifs autres qu'oraux;
- les médicaments reliés à tout traitement de la fertilité (en excédent des montants admissibles par la RAMQ);
- les protéines ou suppléments diététiques, les acides aminés;
- les préparations alimentaires pour nourrissons;
- les produits de toilette, y compris les savons et les émoullients;
- les substances adoucissantes et protectrices pour la peau;

- les produits pour cesser de fumer (sauf ceux apparaissant sur la liste de la RAMQ);
- les minéraux;
- les produits homéopathiques;
- les stimulants pour la pousse des cheveux;
- les médicaments servant à traiter les troubles de la fonction érectile, ainsi que tous les stimulants sexuels;
- les stéroïdes anabolisants;
- les hormones de croissance;
- les médicaments et les injections reliés à des traitements amaigrissants;
- les médicaments administrés à des fins expérimentales;
- médicaments et matériaux utilisés en chirurgie;
- les vaccins;
- les médicaments ou les formes de médicaments visant essentiellement à améliorer la qualité de la vie et n'ayant pas d'indication thérapeutique;
- les rince-bouche, les pansements, les sirops et les pastilles *;
- les shampooings, les huiles et les crèmes *;
- les vitamines ou multivitamines *;
- les suppléments ou les vitamines prénataux *.

* Ces produits sont toutefois couverts lorsqu'ils ne peuvent être obtenus que sur l'ordonnance d'un médecin, comme l'exige Santé Canada.

De plus, les services suivants ne sont pas couverts :

- Les frais engagés en raison d'une maladie ou d'un accident couvert par une commission de la santé et de la sécurité au travail ou un régime d'assurance automobile, le cas échéant.
- Services, soins ou produits que l'assuré reçoit gratuitement.

Dispositions applicables aux résidents du Québec

Lorsqu'ils atteignent **65 ans**, l'adhérent et son conjoint ont une décision à prendre relativement à la couverture de leurs médicaments.

Décision d'adhérer au régime de la RAMQ

L'adhérent ou son conjoint qui atteint l'âge de 65 ans peut choisir de s'assurer en vertu du régime général d'assurance médicaments créé en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments (régime de la RAMQ), plutôt que de maintenir la couverture des médicaments du régime d'assurance collective. Ce choix est alors irrévocable.

Si, à 65 ans, l'adhérent décide d'adhérer au régime de la RAMQ, lui-même et ses personnes à charge, quel que soit leur âge, ne sont plus admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance collective.

De même, si le conjoint décide pour lui-même, à 65 ans, d'adhérer au régime de la RAMQ, il ne sera plus admissible à des prestations en vertu du régime d'assurance collective.

Décision de se désister de la RAMQ à l'âge de 65 ans

Lorsqu'un résidant du Québec atteint l'âge de 65 ans, la RAMQ l'inscrit automatiquement comme bénéficiaire de son régime d'assurance médicaments. L'adhérent ou le conjoint qui atteint l'âge de 65 ans doit donc **annuler son inscription au régime de la RAMQ** pour continuer sa couverture en vertu du régime d'assurance collective. Une surprime pourrait cependant s'appliquer, si elle est prévue dans les conditions de tarification du contrat.

Fin de la protection

La garantie médicaments prend fin à votre retraite ou à votre cessation d'emploi, selon la première échéance. La protection des personnes à charge admissibles prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin (sauf en cas de décès) ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

Prestations aux survivants

Après votre décès, vos personnes à charge continuent d'être assurées sans frais, jusqu'à la première des dates suivantes :

- 24 mois après la date de votre décès;
- la date à laquelle elles cessent d'être des personnes à charge admissibles;
- la date d'entrée en vigueur d'une assurance semblable auprès d'un autre assureur;
- la date de fin du contrat.

Assurance santé - Accident/maladie

Cette assurance couvre les frais admissibles engagés pour vous ou pour vos personnes à charge à la suite d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident, sous réserve de la franchise et du pourcentage de remboursement applicables à chaque catégorie de services, le tout tel qu'indiqué au Sommaire des garanties. Les frais doivent être engagés au Canada (sauf pour Patients dirigés hors Canada).

Frais admissibles

Les frais doivent être :

- usuels et raisonnables;
- nécessaires du point de vue médical, et
- préalablement recommandés par un médecin, sauf indication contraire.

Les honoraires des paramédicaux sont payables seulement lorsque les soins sont fournis par des professionnels qui sont membres en règle de leur ordre professionnel et qui exercent dans les limites de leur compétence au sens de la loi. Si, pour un professionnel donné, il n'existe aucun ordre professionnel, il doit alors être membre en règle d'un regroupement reconnu et accepté par l'assureur et prodiguer des soins et traitements dans les limites de sa compétence.

HOSPITALISATION

- Court séjour
Les frais d'hospitalisation d'un assuré qui est admis pour **soins actifs** dans un hôpital ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de son assurance, tant qu'il a droit à des soins assurés par la Régie de l'assurance-maladie de sa province de résidence, et sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties;
- Convalescence ou réadaptation physique
Les frais pour un séjour dans un hôpital de convalescence ou de réadaptation physique, si l'assuré y est admis moins de **14 jours** après avoir obtenu son congé d'un hôpital où il recevait des soins actifs, sous réserve des maximums spécifiés au Sommaire des garanties.

FOURNITURES ET SERVICES MÉDICAUX

- **Soins infirmiers**

Les services d'un infirmier autorisé (ou d'un infirmier auxiliaire si un infirmier autorisé n'est pas disponible) qui n'est pas un membre de la famille de l'assuré et qui ne réside pas avec lui, lorsque les services sont rendus au domicile de l'assuré et ne sont pas principalement des soins de garde, sous réserve du remboursement maximum global spécifié au Sommaire des garanties.

- **Service ambulancier**

Les frais de transport par ambulance en direction et en provenance de l'hôpital qui peut assurer les soins d'urgence dont l'assuré a besoin, incluant le transport aérien ou ferroviaire au Canada. Les circonstances médicales ayant nécessité le transport en ambulance doivent être communiquées à l'assureur au moment de la demande de règlement et peuvent remplacer la recommandation médicale du médecin s'il était alors impossible de l'obtenir compte tenu de l'urgence de la situation.

- **Chaussures orthopédiques**

L'achat et la réparation de chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure et d'attelles de Denis Browne, sous réserve du remboursement maximum global spécifié au Sommaire des garanties. L'achat doit être effectué auprès d'un fournisseur autorisé à vendre de tels articles par le ministère provincial de la santé et des services sociaux.

Exclusion spécifique

Les frais d'achat et de réparation de chaussures préfabriquées, de modifications apportées aux chaussures ordinaires, ainsi que de chaussures profondes sont exclus.

- **Orthèses podiatriques**

L'achat d'orthèses podiatriques pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties. L'achat doit être effectué auprès d'un fournisseur autorisé à vendre de tels articles par le ministère provincial de la santé et des services sociaux.

- **Bas de contention**

L'achat de bas de contention, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.

- **Prothèses**

- L'achat de membres artificiels et de yeux artificiels;
- l'achat de prothèses capillaires requises à la suite d'une chimiothérapie ou l'achat de casques de refroidissement utilisés en chimiothérapie, sous réserve du remboursement maximum global viager spécifié au Sommaire des garanties;

- l'achat de prothèses mammaires (incluant les soutiens-gorge chirurgicaux), lorsqu'elles sont requises à la suite d'une mastectomie, sous réserve du remboursement maximum global spécifié au Sommaire des garanties.
- **Prothèses auditives**
Les frais d'achat et de réparation de prothèses auditives, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.
- **Stérilet**
Les frais d'achat d'un stérilet, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.
- **Neurostimulateur transcutané (TENS)**
Les frais d'achat d'un neurostimulateur transcutané, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.
- **Appareils pour diabétiques**
Les frais d'achat d'un glucomètre et d'un injecteur d'insuline à pression, sous réserve du remboursement maximum global spécifié au Sommaire des garanties.
- **Aides à la mobilité et appareils orthopédiques**
 - Les frais de location ou d'achat (au choix de l'assureur) d'un fauteuil roulant (incluant les coussins et insertions), jusqu'à concurrence du coût d'un fauteuil roulant manuel standard et de la fréquence spécifiée au Sommaire des garanties, ainsi que l'achat d'une plaque-support de roue ajustable (une seule par 5 années civiles), les frais de réparation de la chaise roulante et de la plaque-support, jusqu'à concurrence d'un maximum de 300 \$ par année civile. Les limites spécifiées ci-dessus ne s'appliquent cependant pas si un changement pathologique est survenu dans la condition de l'assuré. Le coût d'un fauteuil roulant électrique est couvert seulement lorsque l'assuré n'est pas en mesure de conduire un fauteuil roulant manuel en raison d'un état médical. **L'assuré doit obtenir l'approbation préalable de l'assureur avant tout achat ou location, à défaut de quoi la demande de règlement peut être rejetée.**
 - Les frais d'achat ou de location de béquilles, cannes et marchettes, ainsi que les frais de plâtres, de bandages herniaires, d'appareils orthopédiques, de collets cervicaux, et d'orthèses. L'achat d'orthèses et d'appareils orthopédiques doit être effectué auprès d'un fournisseur autorisé à vendre de tels articles par le ministère provincial de la santé et des services sociaux.

- **Équipement médical**

L'assuré doit obtenir l'approbation préalable de l'assureur avant tout achat ou toute location des articles mentionnés ci-dessous, à défaut de quoi la demande de règlement peut être refusée.

- Les frais de location ou d'achat (au choix de l'assureur) d'un lit d'hôpital manuel standard pour patient alité, jusqu'à concurrence du coût d'un lit manuel standard et sous réserve de la limite et de la fréquence spécifiées au Sommaire des garanties. Le coût d'un lit d'hôpital à commande électrique est couvert seulement lorsque l'assuré n'est pas en mesure d'utiliser un lit d'hôpital manuel standard en raison d'un état médical.
- Les trapèzes de lit.
- Les frais d'appareils suivants, sous réserve de la limite et de la fréquence par article spécifiées au Sommaire des garanties :
 - pompes à insuline et fournitures, Bi-PAP et CPAP, respirateurs, moniteur d'apnée pour les dysrythmies respiratoires et appareil d'aérosolthérapie.

- **Tests diagnostiques**

Les tests doivent être médicalement nécessaires, sous réserve du remboursement maximum global spécifié au Sommaire des garanties :

- les frais d'analyses de laboratoire, de radiographies, d'électrocardiogrammes, de tomographies par ordinateur (CT Scans), d'échographies et d'imagerie par résonance magnétique (IRM).

- **Autres fournitures et services médicaux**

- Les frais d'oxygène et la location ou l'achat d'appareils en vue de son administration. L'achat d'appareils est sous réserve de la limite et de la fréquence spécifiées au Sommaire des garanties. L'assuré doit obtenir l'approbation préalable de l'assureur avant tout achat ou location, à défaut de quoi la demande de règlement peut être rejetée.
- Les tentes à oxygène.
- Les frais de fournitures pour personnes stomisées, ainsi que d'un larynx artificiel.
- Les frais de vêtements de compression pour brûlures majeures.

- **Soins dentaires requis en raison d'un accident**

Les services d'un dentiste requis pour la réparation et le remplacement de dents naturelles saines, par suite d'un coup accidentel reçu pendant que la personne est assurée, et non pas par suite de l'introduction volontaire ou non d'un aliment ou d'un objet dans la bouche. Aucun remboursement n'est accordé pour des soins reçus plus de 12 mois après la date de l'accident.

Les montants admissibles sont établis selon le Guide des tarifs et nomenclature des actes buccodentaires approuvé par l'Association des chirurgiens dentistes de la province de résidence de l'assuré. Le remboursement maximum par accident est mentionné au Sommaire des garanties.

- **Injections sclérosantes**

Les frais engagés pour des injections sclérosantes à des fins médicales, seul le coût du médicament injecté est couvert et le maximum par visite est spécifié au Sommaire des garanties.

- **Gestion des maladies chroniques**

Les frais pour les services rendus par un fournisseur approuvé, tel que défini par Croix Bleue, spécialisé dans la gestion des maladies chroniques. Les services doivent être rendus par le fournisseur approuvé pour des conditions médicales jugées admissibles par Croix Bleue. La couverture inclut :

- l'évaluation initiale, les services conseil et les sessions de suivi;
- l'encadrement sur la gestion des symptômes, la prise de médicaments; et
- le développement de plans d'action.

LUNETTES ET VERRES DE CONTACT

Le coût de lunettes (verres et montures) et de verres de contact prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste suite à une chirurgie de la cataracte, sous réserve du remboursement maximum mentionné au Sommaire des garanties sous **Lunettes et verres de contact**.

Exclusion spécifique

Les frais engagés pour des lunettes de soleil non correctrices ou pour des lunettes protectrices sont exclus.

PARAMÉDICAUX

(Les services ci-dessous ne nécessitent pas de recommandation médicale.)

- Les frais de soins et traitements auprès des professionnels suivants, sous réserve des remboursements maximums par visite et par année civile pour chaque catégorie de professionnel ou pour l'ensemble des professionnels, tel qu'indiqué au Sommaire des garanties. Le professionnel ne doit pas être un membre de votre famille ni résider avec vous :

Psychologue, psychothérapeute, physiothérapeute (ou technicien en réadaptation physique), chiropraticien, ostéopathe, podiatre, naturopathe, audiologiste et orthophoniste.

Les frais de radiographies prises par un chiropraticien, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.

Exclusions générales de la garantie

Les frais relatifs aux éléments suivants ne sont pas remboursés par le régime :

- les soins médicaux auxquels l'assuré a droit en vertu de toute loi fédérale ou provinciale, ou qui sont couverts en vertu d'une telle loi, incluant les frais payables par une commission de la santé et de la sécurité du travail ou un régime d'assurance automobile, ou de toute loi ou autre régime semblables, s'il y a lieu;
- les soins médicaux couverts en vertu de toute loi fédérale ou provinciale (ou en vertu des régimes mentionnés ci-dessus) à la date d'effet de la présente garantie et modifiés, suspendus ou discontinués par la suite;
- les services, les soins ou les produits reçus gratuitement;
- les services, les soins ou les produits administrés à des fins expérimentales;
- les soins de nature préventive;
- les traitements ou prothèses à des fins esthétiques, sauf la chirurgie esthétique si indiquée au Sommaire des garanties comme étant couverte;
- les services d'une infirmière à domicile lorsque celle-ci agit à titre de sage-femme, ou que l'infirmier agit à titre de psychothérapeute ou qu'il donne des soins autres que des soins infirmiers;
- les soins dentaires, à l'exception des soins requis à la suite d'un accident;
- les frais (à l'exception des frais de stérilets) reliés à la planification des naissances, y compris l'insémination artificielle et les frais de laboratoire ou autres reliés aux traitements de fertilité de toute nature, sans égard si l'infertilité est considérée être une maladie ou non;
- les frais, services ou produits n'apparaissant pas dans la liste des frais admissibles de la présente garantie;
- les frais qui n'auraient pas été exigés en l'absence d'une garantie d'assurance;
- les frais pour les soins, les traitements, les services ou produits autres que ceux déclarés nécessaires au traitement d'une blessure ou d'une maladie;
- les frais engagés hors Canada (à l'exception des frais admissibles mentionnés pour les Patients dirigés hors Canada);
- les frais couverts en vertu de l'assurance voyage;
- les frais qui découlent directement ou indirectement
 - de dommages corporels que l'assuré s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
 - d'une blessure subie lors de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, sauf dans l'accomplissement de ses fonctions, ou blessure subie durant une guerre;
 - de la commission ou la tentative de commission d'un acte criminel.

Fin de la protection

La protection d'assurance accident/maladie prend fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou lorsque vous atteignez l'âge de 70 ans, selon la première échéance. La protection des personnes à charge admissibles prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin (sauf en cas de décès) ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

Droit de transformation

Si vous cessez d'être admissible à la présente garantie, vous pouvez faire la demande de transformation en assurance individuelle en remplissant le formulaire approprié dans les 60 jours suivant la fin de votre protection et ce, sans avoir à présenter de preuve d'assurabilité. La prime totale de l'assurance individuelle, selon la fréquence de paiement choisie et approuvée par l'assureur, doit accompagner le formulaire de demande de transformation.

Ce droit s'applique aussi à vos personnes à charge.

Prestations aux survivants

Après votre décès, vos personnes à charge continuent d'être assurées sans frais, jusqu'à la première des dates suivantes :

- 24 mois après la date de votre décès;
- la date à laquelle elles cessent d'être des personnes à charge admissibles;
- la date d'entrée en vigueur d'une assurance semblable auprès d'un autre assureur;
- la date de fin du contrat.

Prolongation des prestations

Si, à la date à laquelle la protection d'une personne assurée en vertu de la présente garantie se termine, 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 :

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

Pour les fins du présent article, «invalide» et «invalidité» signifient :

- en ce qui concerne l'adhérent, son état d'incapacité totale et continue, résultant d'une maladie ou d'un accident, qui l'empêche d'effectuer tout travail qu'il est raisonnablement apte à exercer de par sa formation, son éducation et son expérience;
- 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 santé - Voyage

Les remboursements sont limités aux frais admissibles en excédent de ceux couverts en vertu de tout autre régime. Lorsque le tribunal détermine qu'une couverture primaire est offerte en vertu du contrat et tout autre régime, la présente garantie sera coordonnée avec l'autre régime.

Définition spécifique

Dans cette garantie, **urgence** ou **situation d'urgence** désigne une situation qui nécessite un traitement médical immédiat en lien avec :

- une blessure qui résulte d'un accident;
- une nouvelle condition médicale qui débute au cours du voyage; ou
- une condition médicale que l'assuré avait avant son voyage, mais qui est stable.

Une condition médicale est stable si, au cours des 90 jours précédant la date de départ, l'assuré n'a pas :

- été traité ou évalué pour de nouveaux symptômes qui sont reliés à cette condition;
- éprouvé de symptômes qui ont augmenté en fréquence ou en sévérité, ou des résultats d'examens indiquant la détérioration de la condition;
- reçu de prescription pour un nouveau traitement ou un changement de traitement relativement à cette condition (généralement, une réduction de la médication en raison de l'amélioration de la condition ou un changement régulier dans la médication dans le cadre d'un plan de traitement établi ne sont pas considérés comme étant un changement de traitement);
- été admis ou traité dans un hôpital en raison de cette condition; ou
- été en attente de nouveaux traitements ou de tests concernant cette condition (autres que des tests de routine).

Les critères ci-dessus sont considérés globalement par rapport à la condition médicale dans son ensemble.

Assurance médico-hospitalière

Frais admissibles

Le régime rembourse les frais usuels et raisonnables engagés par suite d'une **situation d'urgence** résultant d'un accident ou d'une maladie soudaine et inattendue, sous réserve d'un remboursement maximum de 5 000 000 \$ à vie, par assuré.

Les traitements admissibles sont ceux déclarés nécessaires à la stabilisation de la condition médicale et les prestations accordées sont complémentaires aux prestations prévues par les régimes gouvernementaux.

Hospitalisation, soins médicaux et paramédicaux

- Les frais d'hospitalisation, excédant ceux qui sont remboursables par la Régie de l'assurance maladie de votre province de résidence;
- les frais accessoires (téléphone, télévision, stationnement, etc.), jusqu'à concurrence de 100 \$ par hospitalisation;
- la différence entre les honoraires du médecin et les prestations prévues par la Régie de l'assurance maladie de votre province de résidence;
- le coût d'achat ou de location de béquilles, de cannes ou d'attelles; le coût de location de fauteuils roulants manuels standard, d'appareils orthopédiques ou d'autres appareils médicaux, lorsqu'ils sont prescrits par le médecin traitant;
- les honoraires pour les soins privés d'un infirmier diplômé (sans lien de parenté avec le patient) durant la période d'hospitalisation, lorsqu'ils sont prescrits par le médecin traitant;
- les frais d'analyses de laboratoire et de radiographies, lorsqu'elles sont prescrites par le médecin traitant;
- les frais de médicaments prescrits par un médecin dans le cadre d'un traitement d'urgence (excluant les produits ou médicaments en vente libre, qu'ils soient prescrits ou non);
- les soins dentaires requis pour la réparation ou le remplacement de dents naturelles saines endommagées par suite d'un coup accidentel (et non pas par suite de l'introduction volontaire ou non d'un aliment ou d'un objet dans la bouche), jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par accident, par assuré. Le traitement doit débuter pendant que l'assurance est en vigueur et se terminer dans les six mois suivant l'accident;
- les honoraires d'un dentiste pour tout traitement d'urgence pour soulager la douleur, jusqu'à concurrence de 200 \$ par assuré.

Transport

Les services suivants doivent être approuvés et planifiés par Canassistance :

- le transport par ambulance terrestre ou aérienne vers l'établissement médical adéquat le plus proche, incluant le transfert vers un autre hôpital lorsque le médecin traitant et Canassistance estiment que les installations sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition;
- les frais de rapatriement de l'assuré pour recevoir des soins médicaux immédiats, après autorisation du médecin traitant et de Canassistance;
- les frais pour le rapatriement simultané du compagnon de voyage ou de tout membre de la famille immédiate de l'assuré qui sont également couverts en vertu de la présente garantie, s'ils ne peuvent revenir à leur point de départ par le moyen de transport initialement prévu;
- les frais de transport aller-retour, en classe économique, pour un membre de la famille de l'assuré se rendant :
 - à l'hôpital où séjourne l'assuré depuis au moins sept jours, ou
 - identifier la personne décédée, si nécessaire, avant la disposition de la dépouille;
- sur présentation d'un certificat médical du médecin traitant certifiant l'incapacité à utiliser le véhicule, le coût du retour, par une agence commerciale, du véhicule personnel de l'assuré ou d'un véhicule de location, jusqu'à concurrence de 1 000 \$;
- en cas de décès, le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) ou le coût de crémation ou d'enterrement sur place, jusqu'à concurrence de 7 500 \$.

Frais de subsistance

- Les frais pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial, lorsque vous devez reporter votre retour pour cause de maladie ou de blessure corporelle subie par vous ou un membre de votre famille immédiate qui vous accompagne ou un compagnon de voyage, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ (150 \$ par jour, maximum 20 jours).

Assistance voyage

Le service téléphonique de Canassistance inc. est disponible **24 heures par jour et 7 jours par semaine**. Le service Canassistance prend les dispositions nécessaires suivantes pour vous fournir les services requis lorsque vous devez consulter un médecin ou être hospitalisé à la suite d'un accident ou d'une maladie subite :

- vous diriger vers une clinique ou un hôpital approprié;
- avancer les fonds à l'hôpital, au besoin;
- confirmer la couverture de l'assurance médicale afin d'éviter que vous ayez à verser le dépôt d'un montant souvent substantiel;
- assurer le suivi médical et communiquer avec le médecin de famille;

- coordonner le rapatriement, s'il y a lieu;
- coordonner le retour des enfants à charge, en cas d'hospitalisation du parent;
- prendre les dispositions nécessaires pour faire venir un membre de la famille, si vous devez séjourner à l'hôpital au moins sept jours et si le médecin traitant le prescrit;
- coordonner le retour de votre véhicule si une maladie ou un accident vous rend incapable de le faire.

Vous avez également accès aux services suivants :

- assistance téléphonique sans frais, 24 heures par jour, sept jours par semaine;
- transmission de messages urgents;
- coordination des demandes de règlement;
- services d'un interprète lors d'appels d'urgence;
- référence à un avocat en cas d'accident grave;
- règlement des formalités en cas de décès;
- assistance en cas de perte ou de vol de papiers d'identité;
- information sur les ambassades et les consulats.

Canassistance peut également vous fournir, avant votre départ, des renseignements sur les visas et les vaccins requis.

Restrictions pour la durée des voyages

Les frais décrits dans l'Assurance médico-hospitalière sont admissibles s'ils sont engagés par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie soudaine et inattendue, survenant dans les premiers **90 jours** d'un voyage à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré et à la condition que ce dernier soit couvert par la Régie de l'assurance maladie de sa province de résidence.

Exclusions générales

Aucun assuré n'a droit à des prestations dans les cas suivants :

- défaut de communiquer avec Canassistance en cas de consultation médicale, d'hospitalisation ou de sinistre;
- toutes dépenses engagées à la suite d'une situation urgente qui s'est produite après les premiers **90 jours** du voyage;
- les frais engagés après le rapatriement pour des raisons médicales;
- les frais occasionnés par une grossesse et ses complications dans les huit semaines précédant la date prévue de l'accouchement;

- accident survenu lors de la participation de l'assuré à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteurs ou à tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme (routes grades 4 ou 5 selon l'échelle du Yosemite Decimal System - YDS), au parachutisme en chute libre ou non, ainsi qu'au saut à l'élastique (bungee jumping);
- l'abus de médicaments ou consommation de drogues;
- la conduite d'un véhicule, d'un aéronef ou d'un bateau alors que le taux d'alcool est supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang;
- les frais pour les soins autres que ceux qui sont médicalement requis;
- les honoraires d'infirmiers pour des soins de soutien ou qui sont donnés principalement pour le confort du patient;
- les frais pour des soins donnés dans un but esthétique;
- les frais engagés hors de la province de résidence quand ces frais auraient pu être engagés dans la province de résidence sans danger pour la vie ou la santé de l'assuré;
- les frais engagés lorsque le voyage a principalement ou accessoirement pour but la consultation ou le traitement, même si le voyage est recommandé par un médecin;
- les services hospitaliers ou médicaux obtenus au cours d'un voyage et qui ne sont pas admissibles auprès de la Régie de l'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré;
- la partie des frais remboursés ou remboursables par la Régie de l'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré;
- les frais admissibles qui découlent des éléments suivants :
 - suicide, tentative de suicide ou blessure volontaire, que l'assuré soit sain d'esprit ou non;
 - blessure subie lors de la participation de l'assuré à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection;
 - blessure subie durant une guerre ou un fait de guerre, déclarés ou non;
 - blessure ou maladie découlant directement ou indirectement de toute force ou menace impliquant l'utilisation d'armes ou d'agents nucléaires, chimiques ou biologiques utilisés par une personne, un groupe de personnes ou une organisation dans un but politique, religieux ou idéologique;
 - commission ou la tentative de commission d'un acte criminel.

Fin de la garantie voyage

La garantie voyage prend fin à votre retraite, à la cessation de votre emploi ou lorsque vous atteignez l'âge de 70 ans, selon la première échéance. La protection des personnes à charge prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin (sauf en cas de décès) ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

La protection prend également fin pour tout assuré le jour où il cesse d'être couvert par la Régie de l'assurance maladie de sa province de résidence.

Fin de la couverture en cours de voyage

Au cours d'un voyage, la garantie voyage prend fin à la première des dates suivantes :

- La date à laquelle l'assuré cesse d'être couvert par la Régie de l'assurance maladie de sa province de résidence, ou
- Le 91^e jour du voyage.

Prestations aux survivants

Après votre décès, vos personnes à charge continuent d'être assurées sans frais, jusqu'à la première des dates suivantes :

- 24 mois après la date de votre décès;
- la date à laquelle elles cessent d'être des personnes à charge admissibles;
- la date d'entrée en vigueur d'une assurance semblable auprès d'un autre assureur;
- la date de fin du contrat.

LIGNES CANASSISTANCE

En cas d'URGENCE médicale, l'assuré qui est à l'extérieur de sa province de résidence ou son mandataire doit appeler CANASSISTANCE dès que possible à l'un des numéros apparaissant ci-dessous :

du Canada ou des États-Unis : 1-866-491-7726
d'ailleurs dans le monde : 514-286-7726 (à frais virés)

Pour faciliter la communication, la personne doit s'identifier, donner le numéro de téléphone de l'endroit d'où elle appelle, ainsi que ses numéros de groupe et de certificat.

Si l'assuré ne peut pas appeler à frais virés, l'assureur lui remboursera le coût de l'appel.

Deuxième opinion^{MD}

Croix Bleue fournit l'accès à une deuxième opinion médicale pour les assurés qui souffrent d'une condition médicale admissible.

Définitions spécifiques

Service Deuxième opinion : L'analyse approfondie du dossier médical d'un assuré effectuée par un médecin de Deuxième opinion, y compris une analyse du diagnostic et du plan de traitement. Par la suite, l'assuré reçoit de l'information détaillée relative à la condition médicale admissible ainsi qu'une brochure contenant un sommaire de l'analyse faite par le service Deuxième opinion ainsi que des recommandations, s'il y a lieu.

Conditions médicales admissibles :

Accident vasculaire cérébral	Maladie mettant la vie en danger
Amputation	Maladie neurodégénérative
Arthrite rhumatoïde	Paralysie
Brûlures graves	Perte de la parole
Cancer	Problèmes cardiovasculaires
Cécité soudaine due à une maladie	Remplacement de la hanche ou du genou
Coma	Sclérose en plaques
Douleurs pelviennes chroniques	SIDA
Embolie/Thrombophlébite	SLA
Emphysème	Surdité
Insuffisance rénale	Transplantations d'un organe vital
Maladie d'Alzheimer	Trauma majeur
Maladie de Parkinson	Tumeur bénigne au cerveau

La liste des conditions médicales admissibles peut être modifiée sans préavis.

Exclusions et restrictions

Le service Deuxième opinion n'est pas offert si l'assuré fait partie d'une population exposée à un gaz toxique ou à une contamination radioactive.

Renseignements supplémentaires

La résiliation du présent contrat ou du service Deuxième opinion n'aura pas d'incidence sur un service Deuxième opinion déjà initié ou en cours.

Vous pouvez accéder au service Deuxième opinion sans frais du lundi au vendredi de 8 h à 20 h, heure de l'Est, au **1-877-893-3122**.

Fin de Deuxième opinion^{MD}

Le service Deuxième opinion prend fin à votre retraite, à la cessation de votre emploi ou lorsque vous atteignez l'âge de 70 ans, selon la première échéance. Le Service Deuxième opinion pour vos personnes à charge prend fin à la date à laquelle le service Deuxième opinion, à votre égard, prend fin ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

Assurance accident

(Assuré par SSQ, Société d'assurance Inc.)
Police numéro 1CA80

L'assurance accident — aussi appelée assurance décès et mutilation par accident (DMA) — offre aux employés actifs une protection en cas de décès ou de blessures graves résultant d'un accident.

Protection

Cette protection est en vigueur 24 heures sur 24, partout dans le monde, que vous soyez ou non au travail. Le décès ou les blessures résultant d'un accident sont couverts s'ils surviennent dans les 365 jours suivant l'accident.

Ils doivent résulter directement de l'accident ou de l'exposition inévitable aux éléments par suite de l'accident, et être indépendants de toute autre cause.

Le montant de protection d'assurance accident est égal au montant d'assurance-vie de base et ne couvre pas les personnes à charge.

Prestations payables en cas de décès

Advenant un décès par suite d'un accident, le montant total de la protection d'assurance accident sera versé. Les prestations seront également versées dans le cas de la disparition d'une personne couverte si son corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours suivant la disparition, le naufrage ou la destruction du véhicule dans lequel elle prenait place au moment de l'accident.

Prestations payables en cas de blessure corporelle

Si vous subissez une blessure corporelle couverte par le régime, un pourcentage du montant payable en cas de décès accidentel sera versé, selon le tableau suivant :

Perte	Pourcentage payable
La vue complète des deux yeux	100 %
La parole et l'ouïe des deux oreilles	100 %
La vue complète d'un œil	66,67 %
La parole	100 %
L'ouïe des deux oreilles	66,67 %
L'ouïe d'une oreille	33,33 %
Tous les orteils d'un pied	25 %
Perte ou perte de l'usage	
Les deux mains ou les deux pieds	100 %
Une main et un pied	100 %
Un bras ou une jambe	100 %
Une main ou un pied	100 %
Le pouce et l'index ou au moins quatre doigts d'une main	33,33 %
Paralysie totale	
Quadriplégie	200 %
Paraplégie	200 %
Hémiplégie	200 %

Si une personne couverte subit plus d'une perte couverte par suite d'un même accident, le régime versera les prestations pour une seule perte, la plus importante. Dans tous les cas, le montant total de la prestation payable ne pourra excéder le montant payable pour un décès accidentel.

Dans le cas de la quadriplégie, de la paraplégie et de l'hémiplégie, le montant maximal est égal au double du montant de la protection.

Si vous devenez complètement invalide dans les 365 jours suivant un accident et que vous êtes incapable d'accomplir toute tâche d'un travail rémunéré pour lequel vos études, votre formation ou votre expérience vous qualifient, vous recevrez le montant payable en cas de décès, moins toute somme qui vous aura été versée pour une perte couverte que vous avez subie par suite du même accident.

Par perte, on entend plus précisément :

Type de perte	Définition
Bras	Sectionnement total au niveau ou au-dessus de l'articulation du coude
Doigt	Sectionnement total au niveau ou au-dessus de l'articulation métacarpophalangienne
Hémiplégie	Paralysie complète et irrémédiable du membre supérieur et du membre inférieur du même côté du corps
Jambe	Sectionnement total au niveau ou au-dessus de l'articulation de la cheville, mais sous l'articulation du genou
Main	Sectionnement total au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet, mais sous l'articulation du coude
Oeil	Perte totale et irrémédiable de la vue complète
Orteil	Sectionnement total d'une phalange du gros orteil et de toutes les phalanges des autres orteils
Ouïe	Perte complète et irrémédiable de l'ouïe
Paraplégie	Paralysie complète et irrémédiable des membres inférieurs
Parole	Perte complète et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles
Perte d'usage	Perte d'usage totale et irrémédiable qui se continue pendant 12 mois consécutifs, au terme duquel elle est déclarée permanente
Pied	Sectionnement total au niveau ou au-dessus de l'articulation de la cheville
Pouce	Sectionnement total d'une phalange complète
Quadriplégie	Paralysie complète et irrémédiable des membres supérieurs et des membres inférieurs

Autres prestations

Aménagement du domicile ou d'un véhicule Si vous subissez la perte ou la perte de l'usage des deux pieds ou des deux jambes, ou devenez quadriplégique, paraplégique ou hémiplégique et que des prestations sont payables du régime d'assurance accident, l'assureur remboursera les frais liés à l'aménagement de votre résidence principale ou de votre automobile en vue de permettre à un fauteuil roulant d'y avoir accès.

Il paiera les frais raisonnables et nécessaires engagés, jusqu'à concurrence de 15 000 \$, moins tout montant payable d'un régime d'assurance automobile ou d'un régime semblable. Les travaux d'aménagement de votre automobile doivent être approuvés par l'organisme chargé de la délivrance des permis, s'il y a lieu.

Études

Advenant votre décès accidentel donnant droit à des prestations du régime d'assurance accident, l'assureur remboursera **le moins élevé des deux montants suivants** pour chacun des enfants à votre charge qui, au moment de l'accident, était inscrit comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement postsecondaire ou s'inscrira à ce titre dans un tel établissement dans les 365 jours suivant votre décès :

- 5 % du montant payable en cas de décès; et
- 5 000 \$ par année scolaire.

Ce montant sera versé durant un maximum de quatre années consécutives, seulement si l'enfant poursuit ses études.

Si aucun des enfants à votre charge ne satisfait à ces critères ou à ceux mentionnés dans la description de la prestation accessoire Garderie votre bénéficiaire recevra 5 000 \$.

Formation professionnelle du conjoint

Les frais admissibles ne comprennent ni les frais engagés avant votre décès, ni les frais de pension, ni les frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement. Advenant votre décès accidentel donnant droit à des prestations du régime d'assurance accident, l'assureur remboursera à votre conjoint les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés pour acquérir une formation lui permettant d'exercer une profession qu'il n'aurait pas pu exercer autrement, jusqu'à concurrence de 15 000 \$. Ces frais doivent être engagés dans les trois années suivant le décès.

Les frais admissibles ne comprennent ni les frais de pension ni les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Garderie

Advenant votre décès accidentel donnant droit à des prestations du régime d'assurance accident, des prestations égales **au moins élevé des deux montants suivants** seront versées pour chacun des enfants à votre charge :

- 5 % du montant payable en cas de décès; et
- 5 000 \$ par année.

Ce montant sera versé durant un maximum de quatre années consécutives.

Pour être admissible à ces prestations, un enfant à charge doit être âgé de moins de 13 ans et être inscrit à une garderie de jour à la date de votre décès ou dans les 365 jours qui suivent.

Si aucun des enfants à votre charge ne satisfait à ces critères ou à ceux mentionnés dans la description de la prestation accessoire Études votre bénéficiaire recevra un montant égal à 5 % du montant payable en cas de décès ou 2 500 \$, selon le moins élevé des deux montants.

Les frais admissibles ne comprennent ni les frais engagés avant votre décès, ni les frais de pension, ni les frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement. Par ailleurs, sont exclus de la notion de « garderie de jour » les hôpitaux, le domicile de l'enfant et les soins prodigués à un enfant durant les heures normales de classe s'il est inscrit en classe de la première à la douzième année, de même que toute garderie dont les services sont gratuits.

Hospitalisation Si vous êtes hospitalisé pour une perte couverte par le régime d'assurance accident, l'assureur versera une indemnité quotidienne correspondant à 0,03 % du montant payable dans l'éventualité de votre décès accidentel, jusqu'à concurrence de 2 500 \$ par mois. Cette indemnité est payable jusqu'à un maximum de 365 jours.

Si vous êtes hospitalisé pour une perte non couverte par l'assurance accident, l'indemnité sera versée si l'hospitalisation dure au moins quatre jours consécutifs.

Identification du corps Si, en cas de décès accidentel donnant droit à des prestations du régime d'assurance accident, il est nécessaire d'identifier le corps d'une personne couverte, le régime remboursera à cet égard les frais raisonnables et nécessaires (jusqu'à concurrence de 10 000 \$) réellement engagés par un membre de la famille immédiate pour :

- le déplacement aller-retour de sa résidence à la ville où se trouve le corps, selon le trajet le plus court; et
- les repas et l'hébergement.

Le corps doit se trouver à plus de 150 kilomètres de la résidence du membre de la famille visé, et l'identification doit être exigée par la police ou un organisme similaire.

Le régime rembourse jusqu'à 0,25 \$ du kilomètre parcouru si la personne se déplace dans un véhicule ou un appareil particulier.

Les frais admissibles ne comprennent pas les frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement, à l'exception de ceux mentionnés ci-dessus.

Port de la ceinture de sécurité Si vous subissez une perte couverte par le régime d'assurance accident par suite d'un accident impliquant le véhicule dans lequel vous preniez place et que votre ceinture de sécurité était bien attachée au moment de l'accident, le régime versera une somme supplémentaire correspondant à 10 % de la prestation payable.

Le conducteur du véhicule doit détenir un permis en règle et ne pas être sous l'influence de l'alcool ni de stupéfiant, sauf s'il s'agit d'un médicament prescrit par un médecin. Une preuve du port de la ceinture de sécurité doit être présentée.

Rapatriement Si votre décès accidentel survient à au moins 50 kilomètres de votre lieu de résidence et que des prestations sont payables du régime d'assurance accident, le régime remboursera, jusqu'à concurrence de 15 000 \$, les frais raisonnables et habituels réellement engagés pour la préparation et le transport du corps dans votre ville de résidence.

Réadaptation En cas de perte accidentelle donnant droit à des prestations du régime d'assurance accident, le régime remboursera, jusqu'à concurrence de 15 000 \$, les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés pour que vous participiez à un programme de réadaptation. Les frais admissibles doivent être engagés dans les trois années suivant l'accident et ne comprennent ni les frais de pension, ni les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Transport de la famille Si vous êtes hospitalisé, par suite d'une perte couverte par le régime d'assurance accident, à au moins 100 kilomètres de votre résidence, le régime remboursera, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, les frais raisonnables réellement engagés par les membres de votre famille immédiate de 18 ans ou plus pour le déplacement aller-retour de leur résidence à l'hôpital (selon le trajet le plus court) et l'hébergement à proximité de l'hôpital.

Ces frais peuvent être remboursés dans le cas d'une perte non couverte par l'assurance accident, si l'hospitalisation commence au plus tard 24 heures après l'accident.

Le régime rembourse 0,25 \$ du kilomètre parcouru si les personnes se déplacent dans un véhicule ou un appareil particulier.

Les frais admissibles ne comprennent ni l'hébergement ni les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement, à l'exception de ceux indiqués précédemment.

Protection en avion

Vous êtes couvert pendant que vous voyagez à titre de :

- passager dans un avion dont le certificat de navigabilité est en règle et qui est piloté par une personne qui détient un brevet de pilote valide;
- passager dans un avion militaire; ou
- membre de l'équipage, y compris comme pilote, à bord d'un avion que détient Cascades, ou nolisé ou loué par celle-ci.

Vous êtes également couvert durant l'embarquement et le débarquement et en cas de collision avec un avion.

Bénéficiaire

Vous êtes le bénéficiaire de toute prestation payable de l'assurance accident, sauf dans le cas de votre décès. Dans ces circonstances, les prestations sont payables à votre ou vos bénéficiaires. Si vous n'avez pas désigné de bénéficiaire, elles sont versées à votre succession.

Fin de la protection

Votre protection d'assurance accident prend fin à la première des éventualités suivantes :

- Vous cessez d'être admissible à la protection;
- Vous quittez Cascades;
- Vous prenez votre retraite;
- Vous atteignez l'âge de 70 ans (le premier janvier qui suit votre 70e anniversaire de naissance si celui-ci ne coïncide pas avec le premier jour de l'année); et
- Le régime prend fin.

Exclusions

L'assurance accident ne couvre pas les pertes résultant :

- D'une blessure que la personne couverte s'est infligée volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non.
- D'une guerre (déclarée ou non) ou de tout acte de guerre.
- Du service actif et à temps plein dans les forces armées de tout pays.
- D'un voyage, à titre de passager ou autre, à bord d'un avion, à l'exception des précisions fournies à la section Protection en avion.