



VOS AVANTAGES SOCIAUX

Groupe : 2611-5-A, B, C & D

CENTRE DE RÉNOVATION PATRICK MORIN

EMPLOYÉS RÉGULIERS SYNDIQUÉS

Classe A – Modulaire Bronze

Classe B – Modulaire Argent

Classe C – Modulaire Or

Classe D – Modulaire Diamant

Votre nom : _____

Votre numéro de certificat : _____

NOTE :

Ce livret contient un résumé de la plupart des caractéristiques de votre régime d'assurance collective et vous offre autant de renseignements précis, clairs et complets que possible. Le livret ne couvre pas nécessairement chaque disposition de la police ou du régime d'avantages sociaux. Il ne représente pas un contrat d'assurance et ne confère aucun droit contractuel.

Tous droits et obligations se rapportant aux garanties ci-inclues sont régis par la police ou le régime d'assurance collective pertinent, et doivent être interprétés conformément à l'édition anglaise d'un tel régime ou d'une telle police. En cas de divergences, d'erreur ou d'omission entre ce livret et la police ou le régime d'assurance collective même, ce sont les dispositions de la police d'assurance applicable qui gouverneront toute décision. La Compagnie RWAM, Administrateurs d'assurance ne sera responsable d'aucune erreur, omission ou déclaration incorrecte ci-incluse.

Le seul fait de posséder ce livret ne signifie pas que vous et vos personnes à charge soyez automatiquement assurés. L'assurance applicable doit être en vigueur et vous et vos personnes à charge devez satisfaire à tous les critères d'admissibilité du régime d'assurance.

Les renseignements contenus dans ce livret sont importants. Veuillez le lire et le conserver en lieu sûr à titre d'information.

La forme masculine utilisée dans ce document désigne aussi bien le féminin que le masculin. L'emploi du masculin a pour seul but de faciliter la lecture du texte.

Table des matières

BIENVENUE.....	1
DISPOSITIONS GÉNÉRALES ET ADMINISTRATION	3
BARÈMES.....	10
Assurance vie de base.....	10
Assurance décès et mutilation accidentels (DMA)	11
Assurance vie des personnes à charge	12
Assurance Invalidité de longue durée (ILD)	13
Assurance maladie complémentaire (AMC)	14
AVANTAGES SUPPLÉMENTAIRES	16
DÉTAILS DE L'ASSURANCE VIE DE BASE.....	17
DÉTAILS DE L'ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS.....	20
DÉTAILS DE L'ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE.....	30
DÉTAILS DE L'ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE	31
DÉTAILS DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE.....	41
Respect de la vie privée	59
Fournisseurs	60
Notes.....	61

BIENVENUE

La Compagnie RWAM, Administrateurs d'assurance (RWAM) a le plaisir de vous offrir ce Livret destiné aux employés dans lequel vous retrouverez les détails des garanties qui vous sont offertes en vertu de votre régime d'assurance collective. Afin de vous aider à mieux comprendre votre régime, nous vous présentons un résumé général des garanties principales et des règles d'assurance applicables.

À quoi sert un régime d'assurance collective ?

Il est important de vous rappeler que les régimes d'assurance gouvernementale n'offrent qu'une protection de base limitée. Vos garanties d'employé servent soit à compléter les prestations gouvernementales courantes, soit à offrir une protection au cas où le gouvernement n'offre pas de protection. Ainsi, votre régime d'assurance collective vous offre un contrat de protection beaucoup plus complet.

NOTRE SERVICE

En fonction de notre service, votre employeur est muni d'une réserve de livrets à distribuer à tous les employés assurés. Veuillez conserver votre livret d'employé dans un endroit sûr afin de pouvoir le consulter à tout moment. Votre employeur a également été muni d'une réserve de formulaires et de renseignements administratifs. Si vous avez des questions auxquelles vous ne trouvez pas de réponse dans le livret, mettez-vous en rapport avec votre employeur qui devrait pouvoir vous aider en consultant notre documentation supplémentaire.

Si vous avez d'autres questions, vous n'avez qu'à nous téléphoner, où que vous habitiez au Canada. Nous expliquerons vos garanties. Nous pouvons également vous donner une vue d'ensemble des exigences de l'assureur en ce qui concerne les demandes de prestations ou l'assurance même.

Notre priorité c'est vous. Vous pouvez nous joindre au :

- 438-896-0065 ou, sans frais, au 1-855-376-7926
- Notre numéro de télécopieur est le 514-333-9739
- Notre site Internet est à l'adresse : www.rwam.info
- Par la poste : 200-1750, rue Maurice-Gauvin, Laval (Québec), H7S 1Z5

NOTRE ENGAGEMENT

La Compagnie RWAM, Administrateurs d'Assurance (RWAM) est responsable de l'administration des garanties offertes par les assureurs nommés à la fin du livret. Par exemple, notre administration comprend l'encaissement des primes, le traitement des demandes d'adhésion à l'assurance collective et la production/impression des livrets d'assurance collective.

DEMANDES DE PRESTATIONS

Les formulaires de demande de prestations sont disponibles auprès de votre employeur ou en demandant directement à nos bureaux. De nombreux formulaires de demande de prestations, (ainsi que les formulaires administratifs, tels que le formulaire de Changement de bénéficiaire) sont disponibles sur notre site Internet à l'adresse : www.rwam.info.

Nous nous occupons également des décisions et des versements concernant les demandes de prestations, en plus d'autres services spécialement adaptés à vos besoins au nom des assureurs qui couvrent les garanties d'Assurance maladie complémentaire, d'Assurance Soins dentaires et d'Assurance Invalidité de courte durée. Ce livret explique les garanties qui vous sont disponibles ainsi que les garanties administrées directement par RWAM.

RWAM peut quand même vous être utile en ce qui concerne les décisions sur les prestations et les versements qui sont effectués par l'assureur (par exemple, l'Assurance vie de base). Vous devez toutefois soumettre votre demande de prestations au bureau de RWAM à Laval. Une fois satisfaits que tous les renseignements nécessaires ont été soumis, nous faisons parvenir votre demande ainsi que les renseignements de protection pertinents à l'assureur et, si nécessaire, nous vous aidons à vous mettre en rapport avec les personnes responsables compétentes de la compagnie d'assurance.

EMPLOI DE CE LIVRET

Veuillez consulter les pages « Barème de prestations » de ce livret pour chaque genre de protection en vertu de votre régime d'assurance collective. Chaque Barème vous donne un bref résumé de vos garanties particulières et représente une référence rapide et pratique. Si vous avez besoin de renseignements supplémentaires, veuillez consulter la partie pertinente sous la rubrique « Détails », qui doit être lue en même temps que le Barème correspondant.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES ET ADMINISTRATION

Vous pouvez obtenir la plupart des formulaires administratifs mentionnés dans cette section en vous mettant directement en rapport avec votre employeur. Vous pouvez également télécharger certains formulaires administratifs fréquemment utilisés sur le site Internet: www.rwam.info.

RWAM se fera un plaisir de répondre à toutes vos questions concernant votre admissibilité, les changements touchant votre protection, les primes, ou toute autre question administrative. Vous pouvez nous rejoindre en composant le 438-896-0065 à Montréal ou, à l'extérieur de Montréal, le 1-855-376-7926. Veuillez envoyer tous formulaires et avis par télécopieur au 514-333-9739.

Admissibilité de l'employé

Vous avez droit à une protection d'assurance collective si :

- vous êtes un employé effectivement au service de l'employeur de façon permanente,
- vous êtes effectivement et régulièrement au travail pendant le nombre d'heures minimum exigé par semaine afin d'avoir droit à la protection, tel que précisé dans le Barème de prestations en question,
- vous avez rempli la période d'attente telle qu'indiquée dans le Barème de prestations,
- vous faites partie d'une division et d'une catégorie d'employés admissibles au régime d'assurance collective,
- vous êtes assuré en vertu d'un régime d'assurance maladie provinciale et vous résidez au Canada,
- votre demande d'adhésion a été approuvée par l'assureur (votre admissibilité peut être sous réserve des exigences de preuves d'assurabilité, voir la section intitulée « Preuves d'assurabilité » de ce livret), et,
- vos primes d'assurance sont réglées.

Admissibilité des personnes à charge

Conjoint

Une personne, qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme, est admissible en tant que votre « conjoint à charge » pourvu que vous l'ayez légalement épousée. Pour obtenir une protection de conjoint en vertu de votre régime d'assurance collective, votre demande d'adhésion doit comprendre une désignation par écrit de cette personne en tant que conjointe. Si vous vous mariez après votre demande d'adhésion initiale et vous avez besoin de protection de conjoint, vous devez soumettre une demande par écrit dans les 31 jours de la date de votre mariage.

Conjoint de fait

Une personne, qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme, est admissible en tant que votre « conjoint de fait à charge » si vous avez cohabité avec cette personne pendant au moins 12 mois (la « période minimum de cohabitation ») et si elle a été présentée publiquement comme étant votre conjointe de fait. Pour obtenir une protection en vertu de votre régime d'assurance collective, votre demande d'adhésion doit comprendre une désignation par écrit de cette personne en tant que conjointe de fait. Si, au moment de la demande d'adhésion initiale, vous n'avez pas encore rempli la période de cohabitation minimum mais vous la remplissez par la suite et vous avez besoin de protection pour votre conjoint de fait, vous devez soumettre une demande par écrit dans les 31 jours de la date à laquelle vous avez satisfait aux exigences de la période de cohabitation minimum.

NOTE : Le conjoint/conjoint de fait qui cohabite avec l'employé est le seul conjoint/conjoint de fait qui a le droit d'être désigné comme personne à charge.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Enfant à charge

Une personne à charge est admissible en tant qu'« enfant à charge » si l'enfant :

- est âgé de moins de 21 ans,
- ne travaille pas à temps plein,
- dépend de vous pour son soutien dans le sens légal et financier (à l'exclusion des enfants en foyer d'accueil ou en tutelle),
- est votre enfant naturel ou légalement adopté, est l'enfant de votre conjoint, ou est l'enfant de votre conjoint qui habite avec vous, (pourvu que votre conjoint ait satisfait la période de cohabitation minimum), et,
- n'est pas marié.

Vous pouvez *faire une demande* de protection supplémentaire pour enfant à charge si :

- Votre enfant est **étudiant** à temps plein au collège ou à l'université et est âgé de moins de 26 ans.
Vous devez soumettre votre demande par écrit à RWAM dans les 31 jours qui suivent le 21^{ième} anniversaire de naissance de votre enfant, ainsi qu'une preuve satisfaisante de l'enregistrement de votre enfant en tant qu'étudiant *chaque semestre*.
- Votre enfant **est atteint d'une infirmité** mentale ou physique permanente survenue alors qu'il était autrement admissible en tant qu'« enfant à charge », tel que stipulé ci-dessus.
Vous devez soumettre votre demande par écrit à RWAM (Demandez un formulaire de « Demande d'adhésion - enfant invalide », et une « Déclaration d'assurabilité - Assurance collective » pour personnes à charge) dans les 31 jours qui suivent le 21^{ième} anniversaire de naissance de votre enfant, ainsi qu'une preuve médicale satisfaisante de l'infirmité permanente de votre enfant en raison d'une affection physique ou psychologique diagnostiquée par un médecin et preuve de la nécessité de continuer à subvenir à ses besoins financiers.

Admissibilité générale

Tout conjoint, conjoint de fait ou enfant doit être assuré en vertu d'un régime d'assurance maladie provinciale et habiter au Canada. Si un enfant à charge est étudiant hors du Canada, l'enfant doit tout de même être assuré en vertu d'un régime d'assurance maladie provinciale et normalement être domicilié au Canada.

L'admissibilité d'une personne à charge peut dépendre de la soumission de preuves d'assurabilité satisfaisantes (voir la partie intitulée « Preuves d'assurabilité »). L'admissibilité d'une personne à charge peut également dépendre de l'acceptation de votre propre admissibilité à titre d'employé en vertu de votre régime d'assurance collective.

Les primes d'assurance de vos personnes à charge doivent être réglées pour que leur protection entre en vigueur et qu'elle demeure valide.

Demande de protection

Lorsque vous faites une demande d'adhésion en vertu de votre régime d'assurance collective, vous n'êtes pas automatiquement assuré. Toute demande pour vous-même ou pour vos personnes à charge sera sous condition d'acceptation par l'assureur. Si la demande d'adhésion initiale à votre nom est refusée, toute demande d'adhésion pour personnes à charge sera également refusée.

Vous devez faire une demande d'adhésion pour toutes les garanties offertes en vertu de votre régime d'assurance collective.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DÉLAI DE 31 JOURS : La demande d'adhésion à votre nom ou au nom de toute personne à charge doit être signée et soumise à RWAM dans les 31 jours de la date à laquelle vous avez satisfait les exigences d'admissibilité telles que résumées dans ce livret.

Si votre régime d'assurance collective comprend des garanties d'Assurance maladie complémentaire et d'Assurance Soins dentaires, les dispositions suivantes s'appliquent :

Au moment de la demande d'adhésion, si vous n'êtes pas assuré en vertu d'un régime d'assurance collective au nom de votre conjoint/conjoint de fait par des garanties comparables, vous devez faire une demande d'adhésion en vertu de votre régime d'assurance collective.

Au moment de la demande d'adhésion, si vous êtes déjà assuré en vertu d'un régime d'assurance collective au nom de votre conjoint/conjoint de fait, vous pouvez refuser l'Assurance maladie complémentaire et/ou l'Assurance Soins dentaires. Votre refus doit être confirmé par écrit en remplissant et en signant la partie appropriée du formulaire d'adhésion.

Si l'assurance de votre conjoint/conjoint de fait en vertu d'un régime d'Assurance maladie complémentaire et/ou d'Assurance Soins dentaires est résiliée après votre refus d'assurance, vous pouvez faire une nouvelle demande d'assurance pour vous-même en vertu du régime d'assurance collective de votre compagnie. Vous devez faire une demande d'adhésion et soumettre votre demande par écrit dans les 31 jours de la date de résiliation de l'assurance de votre conjoint/conjoint de fait. Veuillez indiquer si vous voulez une protection individuelle ou familiale pour toutes personnes à charge admissibles. Si une demande n'est pas signée et soumise à RWAM dans les 31 jours de la date limite, elle est considérée comme étant en retard.

Demandes d'adhésion en retard :

Si votre demande d'adhésion est soumise après le délai de 31 jours, elle est considérée comme étant en retard. Vous et/ou vos personnes à charge admissibles qui avez soumis vos demandes d'adhésion en retard devrez soumettre des « Preuves d'assurabilité ». (Voir ci-dessous.)

Preuves d'assurabilité

L'assureur peut demander des « Preuves d'assurabilité » avant de décider si vous et/ou vos personnes à charge êtes admissibles à la protection demandée en vertu de votre régime d'assurance collective.

Des Preuves de santé sont requises lorsque :

- Vous ou votre personne à charge avez soumis une *demande d'adhésion en retard* (Voir ci-dessus).
- Les dispositions de votre régime d'assurance collective exigent que tous les employés soumettent des preuves d'assurabilité pour toute garantie d'assurance collective. Nous vous aviserons si cela s'applique à vous.
- Le montant de la protection demandée dépasse le « maximum sans preuves d'assurabilité (SPA) ». Une telle situation pourrait se produire au moment de la demande d'adhésion, *ou lorsque votre employeur signale une augmentation de votre revenu assurable (voir « Gains assurés »)*. La somme SPA est la somme maximum permise sans preuves d'assurabilité, telle que précisée dans le Barème de prestations ci-inclus. Si votre demande de protection supplémentaire est refusée, vous continuez à être admissible à toute protection que vous détenez déjà.

Chaque fois que des Preuves d'assurabilité sont exigées, vous devez remplir entièrement et signer une « Déclaration d'assurabilité – Assurance collective » en vue de donner des renseignements de santé à jour à l'assureur.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Ce formulaire doit être reçu au bureau de RWAM dans les 60 jours de la date à laquelle il est rempli. Sinon, les renseignements soumis seront considérés comme étant périmés et vous ou votre personne à charge devrez soumettre une nouvelle demande. Une nouvelle « Déclaration d'assurabilité – Assurance collective » contenant des renseignements médicaux à jour devra être soumise à nouveau à RWAM aux fins d'évaluation, et ce, encore une fois, dans les 60 jours.

L'assureur doit étudier des preuves de santé médicales afin de déterminer si vous avez satisfait aux exigences d'assurabilité et si vous avez droit à l'assurance. Après la réception et l'évaluation de tous renseignements médicaux, l'assureur se réserve le droit de demander des renseignements médicaux supplémentaires dans le but de les évaluer avant de prendre sa décision finale concernant l'assurance demandée. Tous frais encourus afin d'obtenir des renseignements médicaux supplémentaires pourraient être la responsabilité de l'employé.

NOTE : Aucune garantie d'assurance n'entrera en vigueur avant la soumission, l'évaluation et l'acceptation de tous les renseignements exigés. Vous recevrez par écrit un avis vous faisant part de la décision de l'assureur quant à la protection accordée. Si la protection est acceptée, la date d'entrée en vigueur de l'assurance sera indiquée dans l'avis.

Date d'entrée en vigueur de l'assurance

Pourvu que :

- vous et vos personnes à charge remplissiez toutes les exigences d'admissibilité,
- vous soyez effectivement au travail à la date à laquelle l'assurance entre en vigueur,
- votre demande d'adhésion soit signée et soumise à RWAM dans les 31 jours de la date limite, et que,
- l'assurance ait été approuvée par l'assureur ;

l'assurance pour vous et toute personne à charge entre alors en vigueur à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle vous avez rempli les exigences de la période d'attente telle que précisée dans le Barème de prestations applicable, ou,
- la date à laquelle la demande d'adhésion est approuvée par l'assureur, si des preuves d'assurabilité sont exigées.

Si vous n'êtes pas effectivement au travail à la date à laquelle votre assurance doit entrer en vigueur, votre protection et celle de vos personnes à charge n'entrent en vigueur que lorsque toutes les exigences d'admissibilité sont remplies, y compris la période d'attente. Il existe certaines situations dans lesquelles un employé absent doit à nouveau satisfaire la période d'attente.

La protection de toute personne à charge admissible hospitalisée à la date à laquelle son assurance doit entrer en vigueur sera différée jusqu'à la date qui suit immédiatement la sortie de l'hôpital. (Toutefois, dans le cas d'un enfant à charge né à l'hôpital, l'enfant a droit à une protection immédiate.)

Gains assurés

Dans certains cas, votre Barème de prestations renvoie à un « Facteur de calcul des prestations ». Chaque facteur de calcul, à moins qu'il ne s'agisse d'un montant fixe, est appliqué à vos *gains assurés* afin de déterminer le montant de votre assurance.

Dans ce livret, on entend par « *Gains assurés* » les gains annualisés courants qui vous sont versés et qui sont déclarés à RWAM par votre employeur et en vertu desquels les primes ont été payées. Seuls ces gains sont assurables.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Employés à la commission

Si votre revenu annualisé *régulier* provient en tout ou en partie de vos commissions, vos gains assurés comprennent la moyenne des commissions gagnées pendant une période de 12 mois, déclarée annuellement à RWAM par votre employeur.

Salaire exclu

Le salaire provenant de gratifications, d'heures supplémentaires, d'indemnité de frais ou de toute autre rémunération supplémentaire est toujours exclu et n'est *pas* assurable.

Gains assurés mensuels ou hebdomadaires

Lorsqu'il s'agit de gains assurés mensuels, 1/12^{ième} de vos gains annualisés réguliers seront appliqués. S'il s'agit de gains assurés hebdomadaires, 1/52^{ième} de vos gains annualisés réguliers seront appliqués.

Vérification des gains assurés

Lors de la soumission d'une demande de prestations :

- Si vous êtes employé depuis moins d'un an, vos gains assurés seront calculés en faisant la moyenne de votre salaire régulier, à partir de la date à laquelle vous avez été engagé jusqu'à la date de la demande de prestations.
- L'assureur se réserve le droit de vérifier tous salaires ou revenus déclarés à RWAM comme étant des gains assurables, en vérifiant les dossiers de salaires et/ou d'impôts, tels que les feuillets T4-T4A, afin de déterminer si la demande de prestations est payable.

NOTE : Votre employeur est chargé de soumettre une déclaration et une mise à jour rapides de votre revenu assurable à RWAM afin que le montant de votre protection demeure courant.

Si le revenu a été surévalué ou sous-évalué

S'il s'avère que votre revenu assurable a été *surévalué*, votre somme assurée sera réduite en conséquence. Il se peut que vous ayez droit à un remboursement partiel des primes payées en trop, sous réserve des directives administratives/contractuelles.

S'il s'avère que votre revenu assurable a été *sous-évalué*, votre somme assurée doit rester au niveau déclaré par votre employeur et selon lequel des primes ont été payées.

NOTE : Vous pouvez vous-même vérifier à tout moment le montant de votre assurance indiqué dans nos dossiers en vous renseignant auprès de votre employeur et/ou en envoyant une demande personnelle par écrit à RWAM.

Changements qui influencent votre garantie

RWAM exige un avis par écrit des changements suivants :

- un changement de salaire, conformément à la partie « Gains assurés » ci-dessus
- un changement de bénéficiaire. Chaque fois qu'il y a un changement de vos circonstances personnelles, vous devriez réexaminer votre désignation de bénéficiaire. Effectuez immédiatement tout changement afin de vous assurer que vos exigences soient satisfaites. Veuillez soumettre un formulaire de « Bénéficiaire – Avis de changement » dûment rempli portant votre signature, la signature d'un témoin et la date.
- un changement de votre statut conjugal ou de fait
- un changement de nom

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

- tout nouvel enfant à charge (y compris la date de naissance)
- tout changement du statut d'un enfant à charge
- la perte de votre Assurance maladie complémentaire ou Assurance Soins dentaires en vertu du régime de votre conjoint/conjoint de fait
- le changement d'une protection familiale à une protection individuelle (ou vice versa) en vertu de l'Assurance maladie complémentaire, l'Assurance Soins dentaires et/ou l'Assurance vie des personnes à charge
- un changement de votre emploi ou de votre appellation d'emploi
- un changement de la division ou de la catégorie d'employés à laquelle vous appartenez
- un changement de vos heures de travail habituelles
- toute absence du travail en raison de mise à pied, de grève, d'absence autorisée, de congé de maternité/parental, ou d'invalidité
- un changement de votre situation professionnelle.

Les changements ci-dessus ne sont que des exemples. Ils représentent les changements les plus courants que vous puissiez rencontrer.

DÉLAIS pour COMMUNIQUER DES CHANGEMENTS : Dans de nombreux cas, il y a un délai de 31 jours pour avis de changement, tel que souligné dans les parties appropriées de ce livret. Afin d'éviter toute difficulté entraînée par un avis en retard ou une date limite manquée, il est recommandé de soumettre un avis de changement par écrit immédiatement à RWAM même (pour les renseignements personnels) ou par l'intermédiaire de votre employeur (pour les renseignements relatifs à l'emploi).

Les avis par écrit et les formulaires doivent être télécopiés à RWAM. Nous communiquerons avec vous si nous avons besoin de documents originaux en plus de tout avis télécopié.

Résiliation de l'assurance

Votre assurance et celle de vos personnes à charge admissibles prendront fin à la date de la première des éventualités suivantes :

- la date à laquelle votre emploi se termine
- la date à laquelle vous prenez votre retraite, ou la date de votre retraite normale/prévue, telle que fixée par votre employeur
- la date à laquelle vous cessez d'être effectivement au travail, en raison de, mais pas limitée à, une grève, une mise à pied, une absence autorisée, ou tout autre arrêt de travail (dans les cas de certaines garanties seulement, une protection limitée peut être prolongée pendant une mise à pied de courte durée ou un congé de maternité/parental, avec l'acceptation préalable de RWAM et conformément aux conditions du contrat)
- la date à laquelle vous cessez de remplir les exigences d'admissibilité de l'assurance
- la date à laquelle l'« Âge de résiliation de l'assurance » est atteint ou toute autre date précisée dans le Barème de prestations pertinent de ce livret
- la date de décès
- la date de la cessation des paiements de primes en vertu du régime
- la date à laquelle votre employeur résilie l'assurance
- la date du commencement de service militaire, ou la participation au service actif ou au service militaire de tout gouvernement ou pays
- la date de résiliation du régime d'assurance collective pertinent.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Actions juridiques

Aucune action ou procédure judiciaire en droit ou en équité ne doit être intentée en recouvrement au titre de la police avant l'expiration de soixante (60) jours après la réception de la preuve écrite du sinistre, conformément aux exigences de la présente police.

Pour les résidents de l'Alberta et de la Colombie-Britannique : Toute action ou procédure judiciaire intentée contre un assureur pour le recouvrement d'un montant de sinistre payable en vertu du contrat est absolument interdite à moins que ce recours soit entamé pendant le délai prévu dans la Loi sur les assurances.

Pour les résidents du Manitoba : Toute action ou procédure judiciaire intentée contre un assureur pour le recouvrement d'un montant de sinistre payable en vertu du contrat est absolument interdite à moins que ce recours soit entamé pendant le délai prévu dans la Loi sur les assurances.

Pour les résidents de l'Ontario : Toute action ou procédure judiciaire intentée contre un assureur pour le recouvrement d'un montant de sinistre payable en vertu du contrat est absolument interdite à moins que ce recours soit entamé pendant le délai prévu dans la Loi de 2002 sur la prescription des actions.

Sinon, toute action ou procédure doit être intentée dans l'année suivant la date de la perte ou pendant toute autre période qui pourrait être prescrite par les lois de la province de résidence de la personne assurée.

BARÈME DE PRESTATIONS

ASSURANCE VIE DE BASE

Ce barème doit être lu en même temps que les Dispositions générales et les détails de l'Assurance vie de base contenus dans ce livret.

ASSURANCE VIE DE BASE

Facteur de calcul de la somme assurée	Une fois la rémunération/le salaire annuel, arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$
Montant de protection maximum	- 600 000 \$ sans preuves d'assurabilité (SPA) - Maximum total de 600 000 \$
Période d'attente et admissibilité	- Après avoir travaillé pendant une période d'attente continue de 3 mois, un employé permanent qui demeure effectivement au travail pendant au moins 23 heures par semaine est admissible à l'Assurance vie de base
Réduction de la protection	- La protection est réduite de 50 % à l'âge de 65 ans, pourvu que l'employé demeure effectivement au travail
Âge auquel la protection est résiliée	- À la date à laquelle l'employé prend sa retraite, ou, pourvu que l'employé demeure effectivement au travail, à l'âge de 70 ans, ou à la résiliation de l'assurance, la première de ces dates étant retenue - Si un employé a cessé de travailler en raison d'une Invalidité totale qui a commencé avant l'âge de 65 ans, et n'est toujours pas de retour au travail à l'âge de 65 ans, la protection est résiliée à l'âge de 65 ans. - Si un employé a cessé de travailler en raison d'une Invalidité totale qui a commencé après l'âge de 65 ans, et il n'est toujours pas de retour au travail après 12 mois, la protection est résiliée à l'expiration de 12 mois d'absence ou à l'âge de 70 ans (la première de ces dates étant retenue).

Ce Barème doit être lu en même temps que les Dispositions générales et les détails de l'Assurance décès et mutilation accidentels contenus dans ce livret.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS (DMA)

Facteur de calcul de l'assurance DMA	- Une fois la protection d'Assurance vie de base
Montant de protection maximum	- 600 000 \$ sans preuves d'assurabilité (SPA) - Maximum total de 600 000 \$
Période d'attente et admissibilité	- Après avoir travaillé pendant une période d'attente continue de 3 mois, un employé qui demeure effectivement au travail pendant au moins 23 heures par semaine est admissible à l'Assurance décès et mutilation accidentels
Réduction de la protection	- La protection est réduite de 50 % à l'âge de 65 ans, pourvu que l'employé demeure effectivement au travail
Âge auquel la protection est résiliée	- À la date à laquelle l'employé prend sa retraite, ou , pourvu que l'employé demeure effectivement au travail, à l'âge de 70 ans, ou à la résiliation de l'assurance, la première de ces dates étant retenue

BARÈME DE PRESTATIONS

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Ce Barème doit être lu en même temps que les Dispositions générales et les détails de l'Assurance vie des personnes à charge contenus dans ce livret.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Protection pour un conjoint	- 10 000 \$
Protection pour un enfant	- 5 000 \$
Période d'attente et admissibilité	- Après avoir travaillé pendant une période d'attente continue de 3 mois, un employé permanent qui demeure au travail pendant au moins 23 heures par semaine, et qui est admissible à l'Assurance vie de base, a également droit à l'Assurance vie des personnes à charge pour son conjoint et ses enfants - Le conjoint ou conjoint de fait d'un employé, ou son enfant, doivent remplir les conditions d'admissibilité soulignées dans la partie « Admissibilité des personnes à charge » des Dispositions générales de ce livret
Âge auquel la protection est résiliée	- À la date à laquelle l'employé prend sa retraite, ou, pourvu que l'employé demeure effectivement au travail, à l'âge de 70 ans, ou à la résiliation de l'assurance, la première de ces dates étant retenue - Si un employé a cessé de travailler en raison d'une Invalidité totale qui a commencé avant l'âge de 65 ans, et s'il n'est toujours pas de retour au travail à l'âge de 65 ans, la protection est résiliée à l'âge de 65 ans. - Si un employé a cessé de travailler en raison d'une Invalidité totale qui a commencé après l'âge de 65 ans, et il n'est toujours pas de retour au travail après 12 mois, la protection est résiliée à l'expiration de 12 mois d'absence ou à l'âge de 70 ans (la première de ces dates étant retenue).
Âge auquel la protection des personnes à charge est résiliée	- La date à laquelle la protection de l'employé est résiliée (voir les Dispositions générales) - La date à laquelle un conjoint, un conjoint de fait ou un enfant ne sont plus admissibles en tant que Personnes à charge (voir les Dispositions générales)

Ce Barème doit être lu en même temps que les Dispositions générales et les détails des prestations d'ILD contenus dans ce livret.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (ILD)

Délai de carence d'ILD	- 112 jours d'Invalidité totale doivent être satisfaits (voir les détails d'ILD)
Facteur de calcul des prestations d'ILD	- 70 % des gains assurés mensuels, arrondis à la tranche supérieure de 1 \$, ou le « Maximum de toutes sources » (voir les détails d'ILD), le moindre de ces montants étant retenu
Prestations mensuelles maximums	- 11 200 \$ sans preuves d'assurabilité (SPA) - 12 000 \$ avec preuves d'assurabilité approuvées
Réductions directes des prestations	- Prestations d'invalidité du RPC/RRQ à l'ordre de l'Employé à la suite de son invalidité, à l'exception des prestations du RPC/RRQ des enfants à charge de l'Employé - Les prestations de la CNESST/CAT/CSPAA1T
Prélèvement d'impôt sur l'assurance ILD	- imposable
Période de Propre emploi	- Période de 12 mois de « propre emploi » suivie de « tout emploi » - Voir la définition d'« Invalidité totale » dans les détails d'ILD
Période maximum de prestations	- Si l'employé est admissible, les prestations d'ILD peuvent être versées jusqu'à concurrence de 5 années ou jusqu'à l'âge de 65 ans, la première de ces dates étant retenue
Période d'attente et admissibilité	- À la fin d'une période d'attente continue de 3 mois, un employé permanent qui demeure effectivement au travail au moins 23 heures par semaine est admissible à l'Assurance ILD
Âge auquel l'Assurance ILD est résiliée	- À la retraite ou à l'âge de 65 ans, la première de ces dates étant retenue, (moins le Délai de carence d'ILD)

BARÈME DE PRESTATIONS

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Ce Barème doit être lu en même temps que les Dispositions générales et les détails d'AMC contenus dans ce livret.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)

Coassurance D'AMC – Classes A & B – 70 %, Classe C – 80 %, Classe D – 90 %

Prestations d'AMC	%	Prestations maximums
Régime de médicaments nécessitant une ordonnance <i>Limité à la sélection des produits obligatoires</i>		Coassurance selon la liste de la RAMQ : Classe A & B – 70 % Classe C – 80 % Classe D – 90 % Coassurance pour les médicaments hors liste de la RAMQ : Classes A & B – 70 % Classe C – 80 % Classe D – 90 % 50 000 \$ maximum par année civile, par personne
Carte de paiement direct – médicaments : Franchise par prescription : Classe A – 10 \$, Classe B – 4 \$		Cumul du déboursé annuel : assuré + enfants/conjoint, pour les médicaments RAMQ seulement
Les vaccins préventifs		100 \$ par année civile
Maximum pour l'ensemble des praticiens en soins paramédicaux – Classes A & B : 750\$/année civile Classes C et D : ne s'applique pas.		
Acupuncteur, Audiologiste, Chiropraticien, Diététiste, Ergothérapeute, Massothérapeute, Naturopathe, Ostéopathe, Orthothérapeute, Orthophoniste		500 \$ par année civile, par spécialiste
Podiatre/Podologue		500 \$ par année civile pour ces 2 spécialistes
Physiothérapeute/Thérapeute sportif/Thérapeuten réadaptation physique/Physiatre		500 \$ par année civile pour ces 4 spécialistes
Psychologue/Travailleur social/ Psychothérapeute		500 \$ par année civile pour ces 3 spécialistes
Soins infirmiers privés		10 000 \$ par année civile
Examens de la vue : 100% (tel que présenté dans les réunions d'employes Classes B, C & D seulement		Classe B - 50 \$ / 24 mois Classes C & D – 1 examen / 24 mois, selon les plafonds de frais raisonnables et coutumiers
Soins de la vue Classes C & D seulement	100 %	250 \$
Lunettes/Verres de contact de correction		Tous les 24 mois
Prestations d'hospitalisation en chambre semi-privée	100 %	Montant excédant le tarif en salle commune par jour
Hôpital pour convalescents	100 %	Frais d'hospitalisation en chambre semi-privée excédant le tarif en salle commune par jour La durée du séjour ne doit pas dépasser 180 jours

BARÈME DE PRESTATIONS

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Prestations d'AMC	%	Prestations maximums
Service ambulancier		Selon les détails d'AMC
Orthèses du pied		500 \$ combiné avec les chaussures orthopédiques, par année civile
Chaussures orthopédiques		500 \$ combiné avec les orthèses, par année civile
Appareils prothétiques		Maximum de 25 000 \$ viager – pose initiale uniquement
Prothèses auditives		1 000 \$ tous les 4 ans
Services et fournitures médicales		Selon les détails d'AMC
Équipement médical		Selon les détails d'AMC
Accidents dentaires		Selon les détails d'AMC
Soins d'urgence	100 %	5 000 000 \$ par année civile
Hors de province/du Canada		Pour un voyage ne dépassant pas 60 jours de la date de départ hors de la province de résidence
Recommandation médicale	100 %	50 000 \$ par année civile
Hors de province/du Canada		Limite de 60 jours de la date de départ hors de la province de domicile
Franchise d'AMC	-	Classes A & B : Individuelle : 50 \$ par année civile Couple & Monoparentale : 75 \$ par année civile Familiale : 100 \$ par année civile Classe C : Individuelle : 25 \$ par année civile Couple & Monoparentale : 40 \$ par année civile Familiale : 50 \$ par année civile Classe D : Aucune <i>La franchise ne s'applique ni aux Soins de la vue ni aux Prestations l'hospitalisation</i>
Période d'attente et admissibilité	-	Après avoir accompli une période d'attente continue de 3 mois, un employé permanent qui demeure effectivement au travail au moins 23 heures par semaine est admissible à l'Assurance maladie complémentaire individuelle ou familiale
Âge auquel l'AMC est résiliée	-	À la date à laquelle l'employé prend sa retraite, ou , pourvu que l'employé demeure effectivement au travail, ou à la résiliation de l'assurance, la première de ces dates étant retenue et à l'âge de 85 ans pour l'assurance Hors de province/du Canada L'assurance d'employés frappés d'invalidité totale prend fin à l'âge de 65 ans ou à la résiliation de l'assurance, la première de ces dates étant retenue
Prestations au survivant	-	24 mois de protection pour les personnes à charge survivantes admissibles avec exonération des primes

Maladie grave

Montant d'assurance: Employé admissible : 11 000\$ et
Enfants à charge admissibles : 5 500\$

Assurance-vie Chubb souscrit la garantie d'assurance
Maladie grave.

La protection cesse à la retraite ou, pourvu que l'employé
travaille encore, à l'âge de 70 ans ou à la cessation de la
protection, la première de ces dates étant retenue.

Veuillez contacter votre administrateur de régime pour
plus de détails.

Programme d'aide aux employés et aux familles de Homewood Santé

Homewood Santé offre un programme d'aide aux
employés et aux familles (PAEF) par le biais de son
programme Homewood Santé MC, tel que décrit sur
<https://homeweb.ca/>

L'entreprise, la pratique et l'équipe de Homewood
reposent sur une seule vision unificatrice : améliorer la
vie.

Telus Santé

TELUS Santé offre des services de soins de santé virtuels
bilingues et nationaux 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
Consultez l'administrateur de votre régime pour plus de
détails ou visitez la page d'aperçu de TELUS Santé pour
plus de renseignements.

DÉTAILS DE L'ASSURANCE VIE DE BASE

Le Barème d'Assurance vie de base contenu dans ce livret résume votre protection. Les détails de cette partie de votre livret expliquent les diverses garanties connexes disponibles, ainsi que toutes limitations et exclusions, et toute option de transformation.

DEMANDES DE RENSEIGNEMENTS

RWAM est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions. Veuillez communiquer avec nous pour obtenir des formulaires de demande de prestations de l'assureur ainsi que des renseignements supplémentaires. Vous pouvez nous rejoindre en composant le 438-896-0065 à Montréal ou, à l'extérieur de Montréal, le 1-855-376-7926.

Déclarations de sinistre

Toute déclaration de sinistre en vertu de l'Assurance vie de base doit être soumise à l'assureur dans les 180 jours de la date de l'événement. La prestation ne serait pas nécessairement invalidée ni réduite si la déclaration de sinistre n'était pas accompagnée de preuve, pourvu qu'il soit démontré qu'une preuve a été fournie dès que raisonnablement possible. Cependant, une déclaration de sinistre ne sera en aucun cas acceptée plus de 12 mois après la première date à laquelle vous êtes devenu admissible à une prestation.

Bénéficiaire

La somme assurée de l'Assurance vie de base est payable au(x) bénéficiaire(s) que vous désignez par écrit lorsque vous faites votre demande d'adhésion à l'Assurance vie collective. En cas de décès, une preuve satisfaisante de la mort d'un employé, survenue alors qu'il était assuré, sera requise, ainsi qu'une preuve du titre du demandeur (le bénéficiaire).

Garantie de rapatriement

Si le décès a lieu à au moins 100 kilomètres de votre ville principale de résidence, cette garantie couvre les frais effectivement encourus pour la préparation et le transport de la dépouille d'un employé assuré, du lieu du décès à sa ville principale de résidence, jusqu'à concurrence de 10 000,00 \$.

Prestations du vivant

La garantie de Prestations du vivant n'est disponible que si vous êtes en phase terminale de votre maladie et vous avez besoin d'aide financière. Il s'agit d'un versement d'avance de 50 % du montant de votre Assurance vie de base, jusqu'à concurrence de 50 000 \$. Lors de votre décès, le montant qui vous a été avancé, y compris les intérêts courus jusqu'à la date de votre décès, sera déduit de la somme assurée payable à votre bénéficiaire désigné.

ASSURANCE VIE DE BASE

Les exigences comprennent, entre autres, la soumission de documents médicaux indiquant que l'espérance de vie est prévue à 12 mois ou moins. Vous devez soumettre votre demande de Prestations du vivant à l'assureur au moins 24 mois avant la date ou l'âge de la résiliation de votre Assurance vie. Vous devez également soumettre l'approbation par écrit de votre employeur. Votre demande sera étudiée par l'assureur afin de s'assurer que les preuves médicales et toutes autres exigences de la police soient satisfaites, avant d'approuver le règlement de cette garantie.

Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements concernant les exigences et les procédures de l'assureur par l'intermédiaire de RWAM.

Exonération des primes en cas d'invalidité

Si vous êtes atteint d'une invalidité totale avant l'âge de 65 ans, il se peut que vous ayez droit à une Exonération des primes en cas d'invalidité. Cette garantie vous permet de garder votre Assurance vie de base en vigueur sans avoir à payer les primes.

Cette garantie demeure en vigueur jusqu'à votre retour au travail, à la fin de votre admissibilité aux prestations d'invalidité, lors de votre départ en retraite ou à l'âge de 65 ans, la première de ces dates étant retenue.

Vous devez soumettre une demande par écrit

Vous devez soumettre une demande de prestations d'Invalidité de longue durée afin d'être considéré en vue de cette garantie. Vous pouvez vous procurer des formulaires de demande de prestations en vous mettant en rapport avec le **Département d'assurance salaire de RWAM**. Votre demande sera étudiée par l'assureur et une décision concernant votre admissibilité vous sera remise par écrit.

Invalidité totale

Si votre protection d'Invalidité de longue durée (ILD) en vertu de votre régime d'assurance collective est fournie par RWAM, et si votre demande de prestations d'Invalidité de longue durée a été approuvée par l'assureur, les primes de votre Assurance vie de base seront exonérées tout comme le seront celles de votre Invalidité de longue durée à compter de la première prime exigible après la date d'entrée en vigueur de votre garantie de prestations d'invalidité mensuelles.

Si vous n'avez pas d'assurance Invalidité de longue durée, votre demande d'Exonération des primes en cas d'invalidité doit confirmer votre incapacité de travailler pendant au moins *six mois continus* en raison d'une Invalidité totale, au point où votre Maladie diagnostiquée par un médecin est d'une telle gravité qu'elle vous rend incapable d'effectuer *tout* emploi ou travail, quel qu'il soit, en échange de salaire, de rémunération ou de profit auquel vous êtes ou pourriez raisonnablement devenir apte en raison de votre instruction, de votre formation ou de votre expérience. Si votre demande d'Exonération des primes en cas d'invalidité est approuvée par l'assureur, les primes seront exonérées à compter de la première prime exigible après six mois d'Invalidité totale.

Option de transformation lors de la résiliation de l'assurance

Si votre Assurance vie collective de base a été résiliée, (par ex., à la fin de l'emploi ou de l'admissibilité) et que vous avez moins de 70 ans, vous pouvez transformer votre Assurance vie collective, sans preuves d'assurabilité, en une police individuelle pour vous-même avec primes réglées personnellement.

Aucune police individuelle émise ne comprendra des clauses d'invalidité totale, de décès accidentel, ou toute autre garantie spéciale.

ASSURANCE VIE DE BASE

Date limite de 31 jours

Votre demande de transformation par écrit ainsi que la première prime mensuelle doivent être soumises à l'assureur *dans les 31 jours* de la date de résiliation de votre Assurance vie collective de base.

IMPORTANT : Il vous incombe de respecter la date limite de 31 jours à partir de la date de résiliation de votre assurance collective afin de profiter de l'occasion de transformer votre assurance. Ni l'assureur, ni RWAM, ne sont obligés d'informer les employés admissibles de leur droit de transformation.

Si vous voulez une transformation, veuillez vous mettre en rapport avec RWAM dès que possible et nous nous ferons un plaisir de vous aider.

Montant

Le montant d'Assurance vie individuelle est limité au moindre des montants suivants :

- le montant de la protection d'Assurance vie de base collective en vertu de laquelle vous étiez assuré à la date de la résiliation, moins le montant d'assurance vie collective global auquel vous pouvez avoir droit en vertu d'un nouveau régime de prestations d'assurance collective auprès d'un nouvel employeur au moment où vous exercez votre droit de transformation, ou
- 200 000 \$

Limitations

Si vous demeurez au service du même employeur, mais votre employeur a résilié l'Assurance vie de base de ses employés en vertu d'un régime d'assurance collective, ou, si la police de l'assureur est résiliée, seuls les employés assurés en vertu de ce régime d'assurance collective pendant au moins *cinq années continues* auront le droit de transformer leur assurance.

Dans ces circonstances, le montant de votre assurance vie individuelle est limité au moindre des montants suivants :

- toute portion du montant d'Assurance vie de base qui n'est pas couvert en vertu d'une police d'assurance collective de remplacement auprès d'une autre compagnie d'assurance, ou,
- un montant d'assurance ne dépassant pas trois fois le Maximum des gains ouvrant droit à pension (MGP)/Maximum des gains admissibles (MGA) tel que déterminé par le Régime de pensions du Canada ou le Régime des rentes du Québec

En cas de décès

En cas de décès au cours de la période de 31 jours pendant laquelle vous avez le droit de transformer votre assurance, l'assureur paiera le montant d'Assurance vie de base que vous aviez le droit de transformer.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

DÉTAILS DE L'ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

Le barème d'Assurance DMA contenu dans ce livret résume votre protection. Les détails de cette partie de votre livret expliquent les diverses garanties connexes disponibles, ainsi que toutes limitations et exclusions.

DEMANDES DE RENSEIGNEMENTS

RWAM se fera un plaisir de répondre à toutes vos questions concernant votre admissibilité, les changements touchant votre protection, les primes, ou toute autre question administrative. Vous pouvez nous rejoindre en composant le 438-896-0065 à Montréal ou, à l'extérieur de Montréal, le 1-855-376-7926. Veuillez envoyer tous formulaires et avis par télécopieur au 514-333-9739.

Déclarations de sinistre

En cas de sinistre, un avis de sinistre doit être transmis à l'assureur dans les 30 jours suivant la date du sinistre ou du début de toute perte couverte par la police, ou aussitôt qu'il est raisonnablement possible, mais en aucun cas plus tard que deux (2) ans de la date du sinistre. La perte réelle doit survenir dans un délai d'un (1) an de la date du sinistre.

Protection

Le régime vous protège 24 heures sur 24 contre les accidents, que ce soit ou non au travail, en cours d'affaires, en vacances ou chez vous, indépendamment de vos antécédents médicaux.

En cas de décès, la prestation est payable au bénéficiaire que vous nommez par écrit en vertu de votre Régime d'Assurance collective et, en l'absence de telle désignation, à votre succession.

Barème des pertes

Décès et mutilation accidentels

Si de telles blessures mènent à l'une des pertes précisées ci-dessous, pendant l'année suivant la date de l'accident, l'assureur versera un pourcentage du Capital assuré, d'après le Facteur de calcul des prestations et le Montant de protection maximum indiqués dans le Barème de prestations d'Assurance décès et mutilation accidentels. Cependant, pas plus d'une catégorie de prestations (celle qui revient au montant le plus élevé) ne sera payée pour des blessures résultant d'un même accident.

Pourcentage du Capital assuré

Perte de la vie-----	100 %
Perte des deux mains ou des deux pieds-----	100 %
Perte de la vue complète des deux yeux-----	100 %
Perte d'une main et d'un pied-----	100 %
Perte d'une main et de la vue complète d'un œil -----	100 %
Perte d'un pied et de la vue complète d'un œil -----	100 %
Perte de la parole et de l'ouïe des deux oreilles -----	100 %
État de mort cérébrale -----	100 %

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

Perte de l'usage des deux bras, des deux mains, des deux jambes ou des deux pieds -----	200 %
Quadriplégie -----	200 %
Paraplégie -----	200 %
Hémiplégie -----	200 %
Perte d'un bras ou d'une jambe -----	75 %
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe -----	75 %
Perte d'une main ou d'un pied -----	75 %
Perte de la vue complète d'un œil -----	75 %
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied -----	75 %
Perte de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles -----	75 %
Perte du pouce et de l'index de la même main -----	33 1/3 %
Perte de l'usage du pouce et de l'index de la même main -----	33 1/3 %
Perte des quatre doigts de la même main -----	33 1/3 %
Perte de l'ouïe d'une oreille -----	33 1/3 %
Perte de tous les orteils du même pied -----	25 %
Perte d'un pouce ou d'un index -----	25 %

Par « perte », on entend, en ce qui concerne une main ou un pied, une amputation complète au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville ; en ce qui concerne un bras ou une jambe, une amputation complète au niveau ou au-dessus de l'articulation du genou ou de coude ; en ce qui concerne un œil, la perte totale et irrémédiable de la vue ; en ce qui concerne la parole, la perte totale et irrémédiable de la parole qui ne permet aucun degré de communication audible ; en ce qui concerne l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe qui ne peut pas être remédiée à l'aide d'un appareil ou d'un programme de réadaptation quels qu'ils soient ; en ce qui concerne la « Perte du pouce et de l'index de la même main » ou la « Perte des quatre doigts de la même main », l'amputation complète au niveau ou au-dessus des articulations métacarpophalangiennes de la même main (les articulations entre les doigts et la main) ; en ce qui concerne les orteils, l'amputation complète au niveau ou au-dessus des articulations métatarsophalangiennes (les articulations entre les orteils et le pied) du même pied. Si la personne assurée subit une amputation complète d'une main, d'un pied, d'un bras ou d'une jambe telle que décrite ci-dessus, l'assureur doit alors payer le montant précisé dans le Barème des pertes, même si le membre amputé est réimplanté chirurgicalement, que la réimplantation soit ou non réussie.

Par « perte », lorsque ce terme est employé en cas de quadriplégie (paralysie des membres supérieurs et inférieurs), de paraplégie (paralysie des deux membres inférieurs), et d'hémiplégie (paralysie totale des membres supérieur et inférieur d'un côté du corps), on entend la paralysie totale et irrémédiable de ces membres, pourvu qu'une telle perte de fonctionnement dure pendant douze mois consécutifs et que l'assureur soit par la suite satisfait, selon la preuve soumise, qu'il s'agit d'une perte de fonctionnement permanente.

Par « perte d'usage », on entend la perte de fonctionnement totale et irrémédiable d'un bras, d'une main, d'un pied ou d'une jambe, pourvu qu'une telle perte dure pendant douze mois consécutifs et que l'assureur soit par la suite satisfait, selon la preuve soumise, qu'il s'agit d'une perte de fonctionnement permanente.

Par « état de mort cérébrale », on entend une inconscience irréversible accompagnée de perte de fonction cérébrale totale et aussi l'absence complète d'activité cérébrale malgré les battements de cœur continus.

La quadriplégie, la paraplégie, l'hémiplégie et les pertes reliées à une perte d'usage sont sous réserve d'un montant de protection maximum combiné de 1 000 000 \$.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

Garantie de rapatriement

Lorsque les blessures couvertes par ce régime mènent à une perte de la vie à plus de 150 km de votre ville de résidence permanente ou hors du Canada et la perte de la vie survient dans les 365 jours de la date de l'accident, l'assureur paie les frais exacts engagés lors de la préparation du défunt en vue de son enterrement et lors du transport de sa dépouille mortelle à sa ville de résidence, jusqu'à concurrence de 15 000 \$.

Garantie de réadaptation

Lorsqu'une blessure entraîne un règlement par l'assureur en vertu de toute garantie sauf la garantie de perte de la vie, l'assureur paiera également les frais nécessaires effectivement engagés jusqu'à concurrence de 15 000 \$ pour toute formation spéciale offerte :

- a) une telle formation est considérée nécessaire à la suite de ce genre de blessure et afin que vous ayez les compétences requises pour vous livrer à un emploi auquel vous ne vous seriez autrement pas livré si vous n'aviez pas subi ce genre de blessure ;
- b) les frais doivent être engagés dans les deux ans de la date de l'accident ;
- c) aucun paiement ne sera effectué pour des frais ordinaires de subsistance, de voyage ou de vêtements.

Garantie de transport pour la famille

Lorsque vos blessures mènent à un alitement en tant que patient admis dans un hôpital à plus de 150 km de votre ville de résidence permanente ou hors du Canada et requiert la présence personnelle d'un membre de votre famille proche selon les recommandations du médecin traitant, par écrit, l'assureur rembourse les frais engagés par le membre de votre famille pour le transport par le chemin le plus court offert par un transporteur public afin de vous rejoindre lors de votre alitement, mais ne dépassant pas 15 000 \$.

« Membre de votre famille proche » signifie votre conjoint, c'est à dire la personne avec laquelle vous êtes lié par mariage ou union civile, vos parents, grand parents, enfants âgés de plus de 18 ans, vos frères et sœurs.

Garantie de recyclage professionnel du conjoint

Cette garantie est disponible si vous subissez une Perte couverte (y compris Perte de la vie) ou Perte d'usage et s'il y a consentement mutuel qu'en conséquence de votre perte couverte, votre conjoint ou conjoint de fait a besoin de recyclage professionnel afin de se livrer à un emploi pour lequel il ne serait autrement pas suffisamment qualifié.

Cette garantie prévoit le remboursement de frais de droits de scolarité et/ou de livres effectivement encourus, jusqu'à concurrence de 10 000 \$. Le remboursement est viré à votre compte, en tant qu'Employé assuré, ou, au cas où la perte couverte serait votre Décès accidentel, au compte de votre conjoint. Les frais accessoires tels que repas, vivre et couvert ou autres frais ordinaires de subsistance, de voyage ou de vêtements ne sont pas couverts. Les frais doivent être encourus dans les trois ans de la date de l'accident. Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements et une approbation préalable auprès de l'assureur par l'intermédiaire de RWAM.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

Garantie de transformation de maison et modification de véhicule

Si vous subissez une blessure entraînant un versement en vertu du Barème des pertes, à l'exception de la Garantie de Perte de la vie, et, par la suite, la blessure en question vous oblige à employer un fauteuil roulant pour vous déplacer, l'assureur remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés dans les deux ans de la date de l'accident pour les transformations et modifications suivantes :

1. les frais exceptionnels de transformation de votre résidence principale engagés afin de la rendre accessible en fauteuil roulant ; et
2. les frais exceptionnels de modifications nécessaires apportées à un véhicule que vous utilisez afin de le rendre accessible ou de vous permettre de le conduire.

Aucun versement de prestations en vertu de la garantie ici-mentionnée ne sera effectué à moins que :

- I. les transformations de la maison ne soient effectuées par une ou des personnes ayant de l'expérience dans ce domaine ne soient recommandées par un organisme reconnu qui aide les personnes qui se servent d'un fauteuil roulant ; et
- II. les modifications apportées au véhicule ne soient apportées par une ou des personnes ayant de l'expérience dans ce domaine et approuvées par le service provincial chargé d'accorder des licences.

Le montant maximum payable en vertu des articles 1 et 2 combinés ne dépassera pas la prestation maximum de 10 000 \$. Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements et vous devez obtenir une approbation préalable par l'intermédiaire de RWAM.

Frais de garderie

Si vous subissez une perte de la vie lors d'un accident couvert en vertu d'un régime en vigueur, l'assureur remboursera, en plus de toute autre garantie couverte en vertu du régime, les « frais de garderie », soit les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés, limités à 5 % de votre Capital assuré ou jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année, le moindre de ces montants étant retenu, et ce, au nom de votre enfant à charge inscrit dans une garderie accréditée lors de l'accident ou qui est inscrit dans une garderie accréditée dans les 365 jours de la date de l'accident.

La « Garantie de frais de garderie » sera payée chaque année pendant quatre années consécutives, mais seulement sur réception d'une attestation satisfaisante de l'inscription de votre enfant dans une garderie accréditée.

Pour ce qui est des Frais de garderie, on entend par « Enfant à charge », soit un enfant légitime, soit un enfant naturel, un enfant adopté, un enfant de conjoint ou tout enfant qui entretient des liens parent-enfant avec vous, âgé de douze (12) ans ou moins et qui dépend de vous pour son entretien.

Garantie de ceinture de sécurité

Si vous subissez une blessure entraînant un versement en vertu du Barème des pertes, votre Prestation de perte sera augmentée de 10 %, jusqu'à concurrence de 25 000 \$ si, au moment de l'accident, vous conduisiez ou étiez passager d'un véhicule et vous portiez correctement votre ceinture de sécurité.

Une attestation du port d'une ceinture de sécurité en bonne et due forme doit être soumise comme partie de la preuve de perte soumise par écrit

Par « véhicule », on entend une voiture particulière, une familiale, un fourgon ou une automobile genre « Jeep ».

Par « ceinture de sécurité », on entend le genre de ceinture qui consiste en un système de retenue.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

Garantie spéciale de frais d'études

Si vous subissez une perte de la vie lors d'un accident couvert en vertu d'un régime en vigueur, l'assureur versera, en plus de toute autre garantie couverte en vertu du régime, une « garantie spéciale de frais d'études » jusqu'à concurrence de 5 % de votre Capital assuré, (limitée à un maximum de 5 000 \$ par année), au nom de tout enfant à charge qui, à la date de l'accident, est inscrit comme élève à temps plein dans un établissement postsecondaire au-delà de la 12^{ième} année, ou avait atteint le niveau de 12^{ième} année et s'inscrit plus tard en tant qu'élève à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur dans les 365 jours de la date de l'accident.

La « Garantie spéciale de frais d'études » est payable annuellement jusqu'à concurrence de quatre versements annuels mais seulement si l'enfant à charge continue ses études en tant qu'élève à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur dans les 365 jours de la date de l'accident. Une preuve annuelle de réinscription et de continuation d'études à temps plein sera exigée.

Si aucun enfant à charge ne satisfait aux exigences de la Garantie spéciale de frais d'études lors du Décès accidentel de l'employé, une prestation exceptionnelle de 1 000\$ est ajoutée au Capital assuré versé au bénéficiaire (quel que soit le nombre d'enfants à charge).

Droit de transformation de l'Assurance décès et mutilation accidentels

À la date de la cessation d'emploi ou au cours de la période de 31 jours suivant la cessation d'emploi, vous pouvez transformer votre assurance DMA en police d'assurance individuelle garantie par l'assureur. La police d'assurance individuelle entrera en vigueur soit à compter de la date à laquelle la demande est reçue par l'assureur, soit à la date à laquelle la protection en vertu de l'assurance collective cesse, la dernière de ces dates étant retenue. La prime sera du même montant que celle que paierait normalement toute personne faisant une demande d'assurance individuelle à ce moment-là. La demande d'assurance individuelle peut être soumise à n'importe quel bureau de l'assureur. Le montant d'assurance transformée ne peut pas dépasser le montant émis pendant l'emploi, c'est-à-dire un montant combiné de toutes polices de 200 000 \$.

Exonération des primes

Si un Employé assuré, âgé de moins de 65 ans, est atteint d'Invalidité totale pendant six (6) mois consécutifs et l'Employé assuré fournit une preuve d'invalidité totale qui satisfait l'assureur, l'assureur exonérera alors le versement de chaque prime payable au nom de l'Employé assuré ou de toute personne à charge assurée. L'exonération de toute prime mentionnée aux présentes continuera au nom de l'Employé assuré jusqu'à l'âge de 65 ans ou à la cessation de l'assurance, sous réserve des modalités de la police. Si l'Employé assuré n'est plus atteint d'invalidité et reprend un emploi actif auprès de son Employeur et il est membre d'une catégorie admissible, l'assurance de l'Employé assuré peut rester en vigueur à la reprise des paiements de prime.

Si un Employé assuré reçoit une acceptation de demande de prestations d'Invalidité de longue durée soumise en vertu d'une police d'assurance collective offerte par l'Employeur, l'assureur exonérera alors le paiement de chaque prime d'assurance Décès et mutilation accidentels, sous réserve des conditions stipulées ci-dessus.

Invalidités récidivantes

Lorsqu'un Employé est à nouveau atteint d'Invalidité totale pour la même cause ou pour une cause reliée dans les six (6) mois de la cessation de l'Exonération de primes, toute telle récidive sera considérée comme étant une continuation de la même invalidité et l'assureur exonérera la période de qualification de six (6) mois.

Si la même invalidité réapparaît plus de six (6) mois après la cessation de l'Exonération de primes, une telle invalidité sera considérée comme étant une invalidité distincte. Deux invalidités consécutives à des causes non reliées sont considérées comme étant des invalidités distinctes si elles sont séparées par un retour au travail d'au moins une (1) journée.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

Cessation de l'exonération de primes

L'exonération de primes cessera à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'Employé cesse de satisfaire aux critères d'Invalidité totale de la police ;
- b) la date à laquelle l'Employé ne fournit pas de preuve de santé à l'assureur conformément à ses exigences ;
- c) la date à laquelle l'Employé ne reçoit plus de soins ou de traitements continus par un médecin convenable en vue de l'affection incapacitante, conformément aux exigences de l'assureur ;
- d) la date à laquelle l'Employé manque de se présenter à une évaluation psychiatrique, psychologique, fonctionnelle, pédagogique et/ou professionnelle par un examinateur choisi par l'assureur ;
- e) la date à laquelle la protection de l'Employé cesse ou à laquelle la police est résiliée ;
- f) la date à laquelle l'Employé atteint l'âge de 65 ans ; ou
- g) la date du décès de l'Employé.

Protection pendant l'exonération de primes

L'assurance Décès et mutilation accidentels de base demeure en vigueur pendant l'Exonération de primes. Un tel montant assuré sera le montant d'assurance qui était en vigueur au début de l'invalidité, sous réserve de toute réduction de l'âge ou de cessation stipulée par la police.

Garantie de remboursement de frais engagés lors d'un voyage dans le but d'identifier une dépouille mortelle

Au cas où vous subiriez une Perte de la vie accidentelle à pas moins de cent cinquante (150) kilomètres de votre lieu de résidence habituel et où la police ou une autorité gouvernementale semblable demande l'identification de la dépouille mortelle par un proche parent, l'assureur remboursera les frais raisonnables effectivement engagés par cette personne pour :

- a) le transport par le chemin le plus court à destination de la ville ou du village où se trouve la dépouille mortelle ; et
- b) la location d'une chambre d'hôtel dans la ville ou le village en question, sous réserve d'un séjour maximum de trois (3) jours.

Le remboursement de ces frais engagés est sous réserve de l'acceptation de la demande de sinistre-décès conformément aux conditions de la police après l'identification de la dépouille mortelle de la Personne assurée. Le montant maximum payable ne doit pas dépasser 15 000 \$ pour tous ces frais.

Aucun paiement ne sera effectué pour frais de subsistance ou autres frais ordinaires de vivre, de voyage ou de vêtements et le transport doit être fait par un véhicule ou un appareil conduit en vertu d'un permis pour le transport de passagers.

Les prestations payables en vertu de cette partie seront limitées à une (1) police unique au cas où cette garantie serait incluse dans deux (2) polices ou plus émises par l'assureur qui couvrent la Personne assurée.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

Garantie d'hospitalisation

Au cas où vous seriez blessé et que cela entraînerait un versement de prestation en vertu du Barème des pertes, à l'exclusion de la Garantie de perte de la vie, où vous seriez hospitalisé en tant que patient admis et où vous seriez soigné par un médecin ou un chirurgien légalement compétent et diplômé autre que vous-même, l'assureur couvrira chaque mois entier un pourcent (1 %) de votre Capital assuré, jusqu'à concurrence d'une prestation maximum de 2 500 \$, soit un trentième d'une telle prestation mensuelle pour chaque jour d'un mois partiel, rétroactivement au premier jour entier mais ne devant pas dépasser 365 jours au total pour chaque période d'hospitalisation.

« Hôpital », dans le sens donné ici, signifie un établissement légalement constitué qui remplit toutes les conditions suivantes : (1) est chargé principalement dans le but de la réception, des soins et des traitements de personnes malades, souffrantes ou blessées en tant que patients admis ; (2) offre un service infirmier qui consiste en des infirmiers diplômés ; (3) consiste en un personnel d'un ou des médecin(s) diplômé(s), disponibles en tout temps ; (4) offre des locaux de diagnostic et de chirurgie ; et (5), ne représente pas principalement une clinique, une maison de soins infirmiers ou de convalescence ou autre établissement de ce genre ni, sauf incidemment, un endroit où l'on soigne les alcooliques et les toxicomanes.

Par « patient admis », on entend une personne admise à l'hôpital en tant que malade hospitalisé ou alité qui reçoit vivre et couvert à l'hôpital pendant au moins une journée.

Garantie de deuil – de psychothérapie

Lorsque les blessures couvertes par la police entraînent une perte de la vie dans les 365 jours de la date de l'accident, l'assureur paiera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par le conjoint et les enfants à charge de la personne assurée pour un maximum de six (6) consultations pour les personnes affligées, avec un consultant professionnel, jusqu'à concurrence de 5 000 \$.

Par « consultant professionnel », on entend un thérapeute ou un consultant diplômé pour donner ce genre de traitement.

Garantie défigurement esthétique

Si vous êtes atteint d'une brûlure au troisième degré lors d'un accident qui n'a pas lieu au travail, l'assureur versera un pourcentage du Capital assuré, dépendant de la partie du corps brûlée, conformément au tableau ci-dessous :

Partie du corps	(A) Classe ment de la partie	(B) Pourcentage max. permis pour la partie brûlée	(C) Pourcentage max. du Capital assuré payable
Visage, cou, tête	11	9 %	99 %
Main et avant-bras	5	4,5 %	22,5 %
L'un ou l'autre des arrière-bras	3	4,5 %	13,5 %
Le torse (avant ou arrière)	2	18 %	36 %
L'une ou l'autre des cuisses	1	9 %	9 %
L'une ou l'autre des jambes (en dessous du genou)	3	9 %	27 %

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

Le pourcentage maximum du Capital assuré payable (C) est calculé en multipliant le Classe ment de la partie (A) par le Pourcentage maximum permis pour la partie brûlée (B). En cas de brûlure superficielle de 50 %, le Pourcentage maximum permis pour la partie brûlée (B) est réduit de 50 %. Ce tableau ne représente que le pourcentage maximum du Capital assuré payable pour un accident. Si la personne assurée souffre de brûlures sur plus d'une partie du corps lors d'un accident, les prestations ne dépasseront pas un maximum de 25 000 \$.

Garantie modification et accommodement en milieu de travail

Au cas où vous seriez accidentellement blessé, ce qui entraînerait un versement de prestations en vertu du Barème de prestations, à l'exclusion de la garantie de Perte de la vie, et que votre blessure entraînerait et nécessiterait l'emploi d'équipement adapté et/ou une modification du milieu de travail afin de mettre en place des mesures d'adaptation raisonnables pour faciliter votre retour à un travail actif à temps plein auprès de votre employeur actuel, l'assureur rembourserait votre employeur actuel, lors de votre retour à un travail actif à temps plein, pour les dépenses raisonnables et nécessaires effectivement encourues par votre employeur pour tel équipement adapté et/ou modification du milieu de travail, pourvu que :

- a) votre employeur consente par écrit à ce que l'assureur fournisse l'équipement adapté et/ou fasse les modifications d'accommodement au milieu de travail afin de les rendre accessibles et adaptable à vos besoins ;
- b) vous admettiez par écrit à l'assureur que la performance des fonctions essentielles de votre travail pourraient être modifiées ;
- c) l'équipement adapté spécial proposé et/ou la modification de milieu de travail aient été approuvés par l'assureur avant que les frais soient engagés par votre employeur pour tels équipement ou modifications.

L'assureur aura l'occasion de vous examiner afin de déterminer si les modifications proposées sont appropriées.

Cette garantie n'est payable qu'une seule fois en ce qui touche des blessures accidentelles et des pertes couvertes subies par vous, compte non tenu du nombre de polices qui sont émises, à vous ou à votre employeur, par l'assureur.

Le montant *maximum* payable en vertu de cette garantie pour toutes blessures accidentelles découlant d'un même accident est de 10 000 \$ pour chaque employé assuré.

Garantie voies de fait criminelles

Au cas où vous subiriez une blessure entraînant un versement en vertu du Barème de pertes, l'assureur versera 2 500 \$ de plus, si votre perte était le résultat d'un vol qualifié, d'une attaque à main armée ou de tentative impliquant les biens ou les fonds de votre employeur, commis par autre qu'un compagnon de travail ou un membre de famille, sur les lieux de votre employeur, ou lors d'un voyage d'affaires pour votre employeur.

Garantie VIH

Au cas où vous subiriez un accident corporel pendant l'exécution de vos tâches, telles qu'exigées par votre employeur, qui vous ferait contracter le virus de l'immunodéficience humaine et lui évaluer positif avant l'expiration d'une année à compter de la date de l'accident, l'assureur verserait une prestation égale à 10 % de votre capital, à concurrence de 25 000 \$, pourvu que les critères suivants soient respectés :

- un rapport d'accident doit être fait précisant les circonstances du dommage corporel et remis à votre employeur, dans les 48 heures de l'incident ; et
- vous devez vous soumettre à une analyse de sang pour le virus de l'immunodéficience humaine dans les 48 heures de l'accident. Les résultats de ce test doivent alors être envoyés à votre employeur, afin d'être versés au dossier.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

Si le test initial est négatif et vous testez par la suite positif pour le virus de l'immunodéficience humaine dans un an de l'accident, la prestation sera versée par l'assureur.

Garantie frais funéraires

Lorsque des accidents corporels couverts par la police entraînent une perte de la vie dans les 365 jours de la date de l'accident, l'assureur versera les frais réels encourus pour des frais funéraires habituels, jusqu'à concurrence de 6 500 \$.

« Frais funéraires habituels » signifie les services et les matériels fournis par un directeur de funérailles, un crématoire ou un salon funéraire quant à l'enterrement de l'Assuré décédé, et les frais encourus pour l'achat d'une concession de terrain de cimetière, d'un tombeau ou d'un mausolée pour l'enterrement du défunt, y compris une plaque, une pierre tombale ou un monument.

Exclusions DMA

Le régime ne couvre aucune perte résultant de :

1. blessures que l'on s'est infligées volontairement, de suicide ou de toute tentative de suicide ;
2. guerre ou de tout acte qui en découle ;
3. vol d'aéronef appartenant à ou loué par votre employeur, par vous ou par un membre de votre ménage, ou d'aéronef employé à titre d'essais, dans la lutte contre les incendies, lors de l'inspection des lignes d'énergie électrique et des pipelines et lors de l'exploration ou de la photographie aériennes ;
4. service actif à temps plein dans les forces armées ;
5. vol à titre de pilote ou de membre d'équipage de tout aéronef ou appareil servant à la navigation aérienne.

Exposition et disparition

Toute perte résultant d'exposition involontaire aux éléments sera couverte dans les mesures de vos garanties.

Si votre dépouille mortelle n'est pas retrouvée au cours de l'année suivant la disparition, l'engloutissement, le naufrage ou la destruction du moyen de transport dans lequel vous étiez passager au moment de l'accident, il sera présumé, sous réserve de toutes autres conditions de la police, que vous avez subi une perte de la vie entraînée par des blessures subies lors d'un accident couvert en vertu de la police.

Dispositions générales

Bénéficiaire

Tout salarié ou tout conjoint a le droit de désigner un bénéficiaire lorsqu'il demande de participer à l'assurance.

Il est entendu que le bénéficiaire désigné en vertu de la police d'assurance vie collective du titulaire de la police sera reconnu comme étant le bénéficiaire en vertu de la présente police, à moins qu'une désignation de bénéficiaire supplémentaire ne soit spécifiquement faite en vertu de la présente police. En l'absence d'une telle désignation, la prestation sera versée à la succession de la personne assurée.

Toutes les autres prestations prévues dans la présente police seront payables à la personne assurée.

Un assuré peut changer sa désignation de bénéficiaire en tout temps, là où la Loi le permet. L'assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou de tout changement de bénéficiaire.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

Le bénéficiaire désigné par l'adhérent (le cas échéant) a été conservé dans le cadre du remplacement de la police d'assurance collective. Ce dernier doit vérifier le bénéficiaire actuellement désigné afin de s'assurer qu'il correspond à sa volonté réelle.

La police contient une disposition retirant ou limitant le droit de la personne assurée de nommer des personnes à qui ou pour le compte desquelles la prestation d'assurance peut être versée.

Actions judiciaires

Toute action ou procédure judiciaire contre un assureur pour le recouvrement d'un montant de sinistre payable en vertu du contrat est absolument interdite à moins que ce recours soit entamé pendant le délai prévu dans la Loi sur l'assurance, la Loi de 2002 sur la prescription des actions (Ontario) ou toute autre loi applicable de la province de résidence de la personne assurée.

Changement d'assureur

Une personne assurée en vertu d'une police antérieure ne peut pas être exclue en vertu de la nouvelle police ni se voir refuser des garanties strictement parce que les restrictions relatives à la clause régissant les états de santé préexistants ne s'appliquaient pas ou n'étaient pas prévues aux termes de la police antérieure, ou parce que la personne assurée n'est pas au travail à la date de l'entrée en vigueur de la nouvelle police.

La personne assurée et tout autre demandeur en vertu de la police peuvent obtenir sur demande, conformément à toute loi applicable dans la province de résidence de la personne assurée, une copie de la demande de participation de la personne assurée, une preuve écrite d'assurabilité (le cas échéant) et un exemplaire de la police d'assurance, le tout soumis à certaines limitations d'accès.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

DÉTAILS DE L'ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Le Barème d'Assurance vie des personnes à charge contenu dans ce livret résume votre protection. Les détails de cette partie de votre livret expliquent les garanties connexes disponibles, ainsi que toutes limitations et exclusions.

DEMANDES DE RENSEIGNEMENTS

RWAM est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions. Veuillez communiquer avec nous pour obtenir des formulaires de demande de prestations de l'assureur ainsi que des renseignements supplémentaires. Vous pouvez nous rejoindre en composant le 438-896-0065 à Montréal ou, à l'extérieur de Montréal, le 1-855-376-7926.

Déclarations de sinistre

Toute déclaration en vertu de l'Assurance vie des personnes à charge doit être soumise dans les 180 jours de la date du décès. La prestation ne serait pas nécessairement invalidée ni réduite si la déclaration de sinistre n'était pas accompagnée de preuve, pourvu qu'il soit démontré qu'une preuve a été fournie dès que raisonnablement possible. Cependant, une déclaration de sinistre ne sera en aucun cas acceptée plus de 12 mois après la première date à laquelle vous êtes devenu admissible à une prestation.

Bénéficiaire

La prestation en vertu de l'Assurance vie des personnes à charge est payable à l'employé assuré. L'assureur exigera une preuve satisfaisante démontrant que le décès de la personne à charge est survenu alors que vous étiez assuré et que la personne à charge était assurée lors de son décès.

Accouchement d'un mort-né

Si un employé subit la perte d'un enfant à charge en raison de l'accouchement d'un mort-né (âge gestationnel de 20 semaines ou plus), l'employé assuré sera indemnisé des frais d'obsèques et d'autres frais connexes qui, à des fins administratives, seront considérés comme étant un montant égal à la prestation d'Assurance vie d'un enfant à charge. L'assureur exigera une preuve satisfaisante démontrant que l'enfant à charge admissible est mort-né, ainsi qu'une preuve indiquant que l'employé avait une garantie d'Assurance de personnes à charge lors de l'accouchement du mort-né.

Exonération des primes en cas d'invalidité

Si vous avez droit à une exonération des primes en vertu de votre Assurance vie de base, vos primes d'Assurance vie des personnes à charge seront également exonérées et cette garantie sera maintenue en vigueur.

Cette garantie demeure en vigueur jusqu'à la première des dates suivantes : lors de votre retour au travail, à la fin de votre admissibilité aux prestations d'invalidité, lors de votre départ en retraite ou à l'âge de 65 ans. Si votre employeur renonce à cette garantie auprès de l'assureur, ou si la garantie en vertu de la police de l'assureur est résiliée, votre Assurance de personnes à charge est automatiquement résiliée et il n'y a pas de primes à exonérer.

Pas de Transformation

Si l'Assurance vie des personnes à charge en vertu de votre assurance collective est résiliée, cette garantie n'est pas admissible à une transformation en police d'assurance individuelle.

DÉTAILS DE L'ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Le Barème d'Assurance Invalidité de longue durée contenu dans ce livret résume les détails de votre assurance ILD. Cette partie de votre livret donne plus de détails. Tous droits et obligations en ce qui concerne l'assurance ILD sont assujettis aux dispositions et aux conditions du régime d'assurance collective cadre.

DEMANDES DE RENSEIGNEMENTS

RWAM est à votre disposition pour répondre à toutes les questions que vous pourriez avoir concernant votre demande de prestations d'ILD. Vous pouvez nous rejoindre au :

- 438-896-0065 à Montréal, ou, à l'extérieur de Montréal, le 1-855-376-7926
- Numéro de télécopieur : 514-333-9739

Votre demande de prestations est soumise à la compagnie d'assurance pour vous par RWAM en même temps qu'une vérification de votre protection. Une fois votre demande soumise, si nécessaire, nous vous aiderons à vous mettre en rapport avec les personnes compétentes de la compagnie d'assurance.

Délai de carence de l'ILD

Le délai de carence est la période de jours et/ou de mois civils continus et consécutifs d'Invalidité totale précisée dans votre Barème de prestations d'ILD, et qui doit être satisfaite avant que vous ne puissiez soumettre une demande de prestations d'ILD.

Pendant que vous participez à un Emploi de réadaptation approuvé

Ce programme vous permet de faire une tentative de retour au travail pendant le Délai de carence sans changer la date à laquelle vous devenez admissible, pourvu que votre tentative de retour au travail ait été préalablement approuvée en tant qu'« Emploi de réadaptation » par l'assureur. Une tentative de retour au travail peut comprendre des heures réduites et/ou un travail modifié.

Récidive pendant le Délai de carence

Si vous ne participez pas à un programme d'Emploi de réadaptation approuvé, et si vous reprenez un Emploi actif après n'avoir satisfait qu'une partie du Délai de carence, et, en moins de 31 jours civils vous êtes à nouveau atteint d'invalidité pour la même cause ou pour une cause reliée, votre Délai de carence sera interrompu et prolongé du nombre de jours pendant lesquels vous n'étiez pas atteint d'une Invalidité totale.

Si vous reprenez un Travail actif pendant 31 jours consécutifs ou plus et vous êtes à nouveau atteint d'invalidité, le Délai de carence devra être satisfait à nouveau.

INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Invalidité totale

Définition

Lorsque vous faites une demande de prestations d'Invalidité de longue durée, vous devez soumettre une preuve satisfaisante de votre Invalidité totale.

« **Invalidité totale** » signifie que, pendant le Délai de carence et au cours des mois consécutifs et continus de la période de « propre emploi » immédiatement après, vous êtes atteint d'une Maladie diagnostiquée par un médecin qui vous empêche de remplir activement les fonctions de votre propre emploi au taux de revenu assuré en vigueur immédiatement avant le Délai de carence. (Consultez votre Barème d'ILD au sujet du Délai de carence et de votre Période de Propre emploi.)

Si vous demandez des prestations continues *après* la fin de la période de « Propre emploi », « Invalidité totale » signifie alors que votre Maladie diagnostiquée par un médecin doit être d'une telle gravité qu'elle vous empêche d'exercer *tout* emploi ou travail, quel qu'il soit, en échange de salaire, de rémunération ou de profit auquel vous êtes ou pourriez raisonnablement devenir apte en raison de votre instruction, de votre formation ou de votre expérience.

Une « **Maladie diagnostiquée par un médecin** » veut dire que vous devez être diagnostiqué à l'aide d'analyses cliniques et/ou de tests en laboratoire, y compris, mais pas limités à, des radiographies, une imagerie par résonance magnétique, une scintigraphie osseuse, une biopsie, un tomodensitogramme, une analyse hématologique ou ultrasonore, ou des tests psychométriques, y compris l'échelle des indicateurs de résistance au traitement MMPI-2, ou un diagnostic conforme à un système généralement reconnu tel que le DSM-IV.

Conditions d'Invalidité totale

- Vous êtes activement et continuellement soigné par un médecin autorisé que l'assureur considère compétent et vous devez suivre le traitement prescrit par ce médecin en raison de votre Invalidité totale ; et,
- à l'exception de l'Emploi de réadaptation préalablement approuvé par l'assureur, vous ne pouvez vous livrer à aucun travail ou emploi rémunérateur ou rentable ; et,
- la disponibilité de travail rémunéré à votre propre emploi ou à tout autre emploi n'influence aucunement la décision de vous déclarer atteint d'Invalidité totale ; et,
- si, afin d'effectuer les tâches de votre emploi, vous devez être le détenteur d'un permis, d'une inscription, d'une certification ou de tout autre document d'autorisation, vous ne pouvez pas être considéré comme étant atteint d'une Invalidité totale du seul fait que votre document d'autorisation a été retiré ou n'a pas été renouvelé.

Avis de Demande de prestations d'ILD

La date limite d'avis à RWAM de votre intention de faire une demande de prestations d'ILD est dans les 30 jours de la date à laquelle vous avez satisfait le délai de carence d'ILD.

Demande de prestations d'ILD

Si vous êtes absent au travail en raison d'une Invalidité totale et vous prévoyez que vous ne pourrez pas retourner au travail avant la fin du Délai de carence d'ILD, vous devez soumettre une demande de prestations d'ILD formelle.

INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Les formulaires appropriés doivent être demandés directement à RWAM. Ces formulaires consistent en trois parties :

- Vous devez remplir vous-même la Déclaration de l'assuré
- La Déclaration du médecin traitant doit être remplie par votre médecin autorisé
- La Déclaration de l'employeur doit être remplie par votre employeur

Vous n'êtes pas obligé de transmettre vos renseignements médicaux confidentiels à votre employeur. Vous pouvez soumettre votre Déclaration de l'assuré et la Déclaration du médecin traitant directement à RWAM. Votre employeur peut joindre la partie « Déclaration de l'employeur » à un autre formulaire. Votre employeur a le droit de savoir que vous avez fait une demande de prestations, ainsi que d'être tenu au courant de certains renseignements de base tels que la situation de votre demande, votre capacité d'effectuer votre propre emploi ou un travail modifié, ainsi que la date anticipée de votre retour au travail. RWAM se fera un plaisir de répondre à vos questions ou à celles de votre employeur à cet égard.

DATE LIMITE : La date limite à laquelle vous devez soumettre les formulaires de demande de prestations d'ILD remplis est de 90 jours immédiatement après le Délai de carence d'ILD.

Si votre demande est soumise après la date limite prévue ci-dessus, mais vous prouvez qu'il n'était pas raisonnablement possible de soumettre votre demande dans le délai exigé, et si votre demande est tout de même soumise dans les 12 mois immédiatement après votre Délai de carence, votre demande pourrait ne pas être invalidée. Cependant, aucune demande ne sera acceptée plus de 12 mois immédiatement après votre Délai de carence.

Évaluation et règlement de votre demande de prestations d'ILD

Une fois que vous avez soumis votre demande, nous étudions de près tous les renseignements fournis par vous-même, votre employeur et votre médecin traitant. Il se peut que l'assureur ait besoin de plus amples renseignements par rapport à votre demande, tels que la vérification de votre revenu assurable afin de déterminer le montant de votre protection ou l'obtention d'éclaircissements de renseignements médicaux incomplets ou périmés. Lors de l'évaluation de votre demande, l'assureur doit prendre en considération toutes les conditions et stipulations de votre police ou régime d'assurance collective, votre protection spécifique et tous les renseignements pertinents soumis.

Une fois l'évaluation de votre demande effectuée, vous recevrez un avis par écrit quant à votre admissibilité à des prestations d'ILD.

Vos prestations commencent dès que votre demande de prestations d'ILD est approuvée. Le premier versement est effectué à compter du premier jour civil suivant le Délai de carence d'ILD.

La continuation de votre admissibilité à des prestations d'ILD reste à l'étude tant que vous continuez à demander ces prestations d'Invalidité de longue durée en vertu d'une Invalidité totale. L'assureur a le droit de demander des preuves de continuation d'Invalidité totale pour toute période pendant laquelle vous demandez des prestations. Par exemple, il est possible que vous receviez des demandes de renseignements médicaux à jour périodiques avant qu'une décision ne soit prise à l'égard d'une prolongation de prestations au-delà d'une date ou d'une période précise.

INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Programme de réadaptation

Un Programme de réadaptation pourrait être mis à votre disposition après le commencement des versements de prestations d'ILD. Le Programme de réadaptation aide l'employé à retourner au travail et peut comprendre, mais n'est pas limité aux points suivants :

- des évaluations
- des services de réadaptation
- des thérapies de réadaptation
- un emploi de réadaptation

Tout Programme de réadaptation doit être approuvé par l'assureur et est fourni à la discrétion exclusive de l'assureur.

La durée du programme ainsi que toute prolongation doivent également être approuvées par l'assureur. Sous réserve de l'approbation de l'assureur, la durée de tout Programme de réadaptation ne peut pas dépasser votre période de Propre emploi, ou 24 mois à compter du début de l'Invalidité totale, la première date étant retenue.

Participation obligatoire

Vous devez participer à, et coopérer avec tout Programme de réadaptation recommandé ou approuvé par l'assureur. Votre participation à un programme de réadaptation signifie que vous devez participer à, et coopérer avec toute Évaluation ou avec tout Service, Traitement ou Emploi de réadaptation ou tout autre service qui vous est offert en vertu d'un tel programme.

Les prestations d'ILD mensuelles cessent :

- si vous refusez de participer à, ou de coopérer avec tout Programme de réadaptation recommandé ou approuvé par l'assureur, y compris, mais pas limité à tout Programme de réadaptation offert en vertu de la législation des accidents du travail ou de toute autre loi semblable, d'un régime d'assurance automobile, du Régime de pensions du Canada, du Régime des rentes du Québec ou de tout autre organisme approuvé par l'assureur, ou
- la date à laquelle votre Programme de réadaptation se termine.

Les dispositions de tout service en vertu d'un programme de réadaptation n'entraîneront en aucun cas la prolongation de la période d'Invalidité de longue durée qui vous serait normalement accordée si vous n'étiez pas atteint d'une Invalidité totale et/ou si l'assureur n'approuvait pas un Programme de réadaptation, ou n'approuvait pas la prolongation d'un Programme de réadaptation.

Calcul des prestations d'ILD

Le montant des prestations d'ILD et la prime correspondante en vertu de votre assurance sont basés sur les Gains assurés, tels que déclarés à RWAM par votre employeur. Vos « Gains assurés » sont calculés conformément aux Dispositions générales de ce livret.

Le montant de vos prestations d'ILD est influencé par les points suivants :

- le « Facteur de calcul des prestations d'ILD » pour arriver au montant de prestations mensuelles, tel qu'indiqué dans le Barème de prestations d'ILD,
- les « Prestations mensuelles maximums », telles qu'indiquées dans le Barème de prestations d'ILD,
- la vérification de vos Gains assurés,
- les « Réductions directes des prestations d'ILD », telles qu'énumérées dans le Barème de prestations d'ILD, et,
- le « Maximum de toutes sources », tel que décrit dans les détails de ce livret.

INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Au moment de la demande de prestations, tous gains signalés à RWAM aux fins de déterminer le niveau de protection sont sous réserve de vérification. S'il s'avérait que vous aviez été trop assuré, des rajustements seraient effectués en conséquence afin de réduire votre montant de prestations admissible au niveau correct.

Réductions directes

Si vous recevez une rente provenant de toutes sources considérées comme représentant une réduction directe apportée au montant mensuel indiqué dans le Barème de prestations d'ILD, il s'agit d'une soustraction à raison d'un dollar pour un dollar. Le montant de vos prestations d'ILD est réduit en conséquence. Ce calcul est effectué en premier.

Tous les calculs doivent alors être vérifiés afin de s'assurer que vos prestations provenant de toutes sources ne dépassent pas 85 % du Maximum de toutes sources. Vos prestations mensuelles sont réduites encore plus, si nécessaire, de façon que vos prestations d'ILD seules, ou ajoutées à vos autres sources de revenu, ne dépassent pas 85 % du Maximum de toutes sources.

Après avoir vérifié le montant de protection auquel vous avez droit, avoir appliqué les réductions directes à vos prestations d'ILD, et avoir vérifié le montant de vos prestations pour faire en sorte qu'il ne dépasse pas 85 % du Maximum de toutes sources, l'assureur détermine le montant réel de prestations de base auquel vous avez droit chaque mois.

85 % du Maximum de toutes sources

Selon le Facteur de calcul des prestations mensuelles précisé dans le Barème de prestations d'ILD, vos prestations d'ILD sont soumises à toute réduction nécessaire afin de ne pas dépasser 85 % du Maximum de toutes sources.

À l'exception de toute rente d'invalidité que vous pourriez toucher en vertu d'une police/d'un avenant de police d'assurance individuelle, votre revenu total provenant de « toutes sources », en vertu du Maximum de toutes sources, comprend le montant total de rente, de prestations ou d'indemnisation qui vous est payable ou auquel vous avez droit et provenant des sources suivantes :

- toute rente d'invalidité,
- tout régime d'accident ou de maladie financé par votre employeur,
- tout régime d'assurance invalidité collective ou lié à un organisme,
- toutes prestations d'invalidité provenant du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec, sauf les prestations payables ou auxquelles vous avez droit pour tout enfant à charge,
- toute rente de retraite du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec,
- toute législation gouvernementale relative à l'assurance contre les accidents du travail,
- toute indemnité de salaire offerte par un régime d'assurance automobile,
- tous dommages d'invalidité en vertu d'un procès contre un tiers, qui sont considérés par l'assureur comme étant des dommages en raison de perte de salaire,
- tout montant versé par votre employeur à la suite de la cessation de votre emploi, à l'exclusion d'une indemnité de cessation d'emploi,
- tout revenu de commission que vous continuez à toucher après la date à laquelle votre Invalidité totale commence, et,
- toute indemnité de salaire provenant d'un organisme gouvernemental.

INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

NOTE: Si vous n'êtes pas admissible à, ou vous ne recevez pas de rente provenant d'une des sources ci-dessus du seul fait que vous n'avez pas fait votre demande à temps ou de façon satisfaisante selon les directives données par l'assureur (ou vous négligez d'interjeter appel lorsque l'assureur vous recommande de ce faire) ; l'assureur se réserve le droit de soustraire de vos prestations mensuelles, en vertu de la réduction directe applicable ou du Maximum de toutes sources, le montant que l'assureur calcule que vous auriez touché, si vous aviez fait votre demande à temps et de façon satisfaisante.

Épreuve de 85 % :

- Si vos prestations d'ILD sont imposables, votre revenu total provenant de « toutes sources », ajouté à vos prestations d'ILD, ne peut pas dépasser 85 % de vos gains assurés bruts.
- Si vos prestations d'ILD sont non imposables, votre revenu total provenant de « toutes sources », ajouté à vos prestations d'ILD, ne peut pas dépasser 85 % de vos gains assurés nets après des réductions d'impôts involontaires.

Mois partiels

Pour tout mois partiel, le montant de vos prestations d'ILD est basé sur le nombre de jours qui vous sont payables pendant le mois en question, divisé par le nombre réel de jours civils dans le mois en question.

Garantie de réadaptation

- Si vous commencez un Emploi de réadaptation en vertu d'un Programme de réadaptation approuvé, le montant de vos prestations d'ILD sera déterminé selon le Facteur de calcul des prestations de réadaptation.

Le montant versé par votre employeur à titre d'Emploi de réadaptation s'appelle « Gains de réadaptation » :

- Si vos prestations d'ILD sont imposables, on entend par « Gains de réadaptation » les gains bruts totaux de votre Emploi de réadaptation.
- Si vos prestations d'ILD sont non imposables, on entend par « Gains de réadaptation » les gains bruts totaux de votre Emploi de réadaptation, moins les déductions d'impôts involontaires.

Selon le Facteur de calcul des Prestations de réadaptation, le montant de vos prestations d'ILD est réduit de 50 % des gains de réadaptation qui vous ont été versés au cours du même mois pendant lequel les prestations d'ILD vous sont payables.

Maximum

Vos Prestations de réadaptation sont soumises à une réduction supplémentaire de sorte que vos gains provenant de toutes sources (le salaire versé par votre employeur et les Prestations de réadaptation qui vous sont payables ainsi que tout autre revenu) ne dépassent pas 100 % de vos gains assurés bruts d'avant l'invalidité si vos prestations d'ILD sont imposables, ou ne dépassent pas 100 % de vos gains nets d'avant l'invalidité après les déductions d'impôts involontaires, si vos prestations d'ILD ne sont pas imposables.

Exclusion en cas de condition préexistante

On entend par « **Condition préexistante** » une maladie médicale non diagnostiquée ou toute Maladie diagnostiquée par un médecin et à propos de laquelle vous avez demandé une investigation médicale, un diagnostic, un traitement, des soins, des médicaments ou des conseils médicaux, dans les 90 jours immédiatement avant la date à laquelle votre assurance invalidité de longue durée est entrée en vigueur.

INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Exclusion

Aucune prestation d'ILD ne peut être approuvée pour une période d'Invalidité totale entraînée directement ou indirectement par, ou résultant d'une Condition préexistante.

Cette exclusion ne s'applique *pas* si :

- vous étiez couvert en vertu de cette assurance ILD pendant au moins 12 mois avant le début de votre Invalidité totale, ou,
- alors que vous étiez couvert par l'assurance ILD, vous avez pu effectuer un Travail actif pendant une période de 90 jours consécutifs, sans absence reliée à la Condition préexistante, ou,
- vous étiez auparavant couvert par une garantie d'ILD en vertu d'un régime d'assurance collective semblable si l'assurance ILD a été remplacée dans les 31 jours de sa résiliation par l'assurance ILD courante.

Autres limitations et exclusions

Des prestations d'ILD ne sont *pas payables* si votre Invalidité totale est entraînée directement ou indirectement par l'un des cas suivants :

- un dommage corporel volontaire et intentionnel
- une insurrection ou une guerre (que la guerre soit déclarée ou non)
- la participation à un mouvement populaire ou à une émeute, ou la participation à un acte de terrorisme
- la perpétration ou la tentative de perpétration d'une infraction criminelle (à l'exclusion de la conduite d'un véhicule avec un taux d'alcoolémie supérieur à 80 mg par 100 millilitres de sang), ou la provocation de voies de fait
- la participation à un acte criminel ou à un acte jugé criminel,
- un traitement médical ou chirurgical à des fins esthétiques qui n'est pas nécessaire, ou tout autre traitement médical ou chirurgical qui n'est pas nécessaire. (Un traitement médical ou chirurgical est considéré comme n'étant pas nécessaire si tel traitement médical ou chirurgical n'est pas couvert par un Régime d'assurance maladie gouvernementale.)
- toute blessure ou maladie dont un tiers est, ou peut être, légalement responsable, à moins qu'une demande de dommages ne soit soumise et qu'une convention de remboursement ne soit signée (voir « Comment faire une demande de dommages à un tiers »)
- l'abus ou l'emploi abusif de substances pouvant entraîner une dépendance, y compris, mais pas limité aux drogues et à l'alcool, *à moins que* :
 - vous ne receviez un traitement continu dans un centre de réadaptation approuvé par l'assureur ou dans une institution reconnue à l'échelle provinciale pour ce traitement et où l'on vous surveille activement, ou,
 - la durée de votre Invalidité totale ne soit reconnue par l'assureur comme n'étant pas du tout reliée à un abus continu ou à une dépendance, ou,
 - votre Maladie diagnostiquée par un médecin ne soit d'une telle gravité que votre Invalidité totale est considérée par l'assureur comme étant permanente et irréversible.

Des prestations d'Invalidité de longue durée *ne sont pas payables pendant toute période* pendant laquelle :

- vous n'êtes pas soigné et traité de manière continue et active par un médecin autorisé que l'assureur considère approprié
- vous ne suivez pas le traitement prescrit par le médecin autorisé par rapport à votre Invalidité totale
- vous êtes incarcéré

INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

- vous êtes en Congé de maternité ou de parenté, sauf si votre employeur doit vous verser des prestations pendant toute partie de votre congé reliée à votre santé en vertu de la législation gouvernementale

Les prestations d'ILD *cesseront* et aucun autre montant ne sera payable à compter de :

- la date à laquelle vous refusez de participer ou de coopérer à un Programme de réadaptation recommandé ou approuvé par l'assureur, y compris, mais pas limité à tout programme de réadaptation qui vous est offert ou qui est disponible en vertu de la législation des accidents du travail ou de toute autre loi semblable, de toutes prestations en vertu d'un régime automobile, du Régime de pensions du Canada, ou du Régime des rentes du Québec
- la date de cessation de la durée approuvée de votre Programme de réadaptation

Protection

Vous n'avez pas droit à une continuation de votre ILD pendant une grève, une mise à pied, un congé autorisé (autre qu'un Congé de maternité ou de parenté) ou tout autre arrêt de travail. Aucune demande de prestations d'Invalidité totale qui commence alors que la protection n'est pas en vigueur n'est admissible à des prestations d'ILD.

Cessation des prestations d'ILD

Les prestations d'ILD cessent à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle vous cessez d'être considéré comme étant atteint d'une Invalidité totale par l'assureur selon la définition
- la date à laquelle vos prestations d'ILD atteignent la « Période maximum de prestations », telle que précisée dans votre Barème de prestations d'ILD
- la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans
- la date de votre décès
- la date de votre retraite normale, telle que déterminée par votre employeur
- la date prévue de votre retraite de chez votre employeur
- la date à laquelle vous commencez à recevoir une rente de retraite (autre qu'une rente de retraite en vertu du RPC/RRQ)
- la date à laquelle vous vous livrez à tout emploi ou travail en échange de salaire, de rémunération ou de profit (autre qu'en vertu d'un Programme de réadaptation approuvé par l'assureur)
- la date à laquelle vous refusez de vous soumettre à un examen médical par un médecin choisi par l'assureur
- la date à laquelle vous refusez de vous soumettre à une évaluation quelconque
- la date à laquelle vous refusez de participer à un Programme de réadaptation jugé approprié et approuvé par l'assureur
- la date à laquelle l'assureur estime que vous avez négligé de fournir une preuve satisfaisante d'Invalidité totale continue selon la définition

Récidive

Dans les six mois

Si, après avoir reçu des prestations d'ILD, vous reprenez un Emploi actif auprès de votre employeur mais vous êtes à nouveau atteint d'une Invalidité totale pour la même cause ou pour une cause reliée dans les six mois, vous pouvez faire une demande de remise en vigueur de vos prestations d'ILD sans avoir à satisfaire un autre Délai de carence. Suivez les instructions de la partie « Demande de prestations d'ILD ». Ce sont les mêmes exigences que celles qui sont requises pour une demande de remise en vigueur sauf, qu'il faut à nouveau satisfaire le Délai de carence d'ILD.

Plus de six mois

Si, après avoir reçu des prestations d'ILD, vous reprenez un Emploi actif auprès de votre employeur mais vous êtes à nouveau atteint d'une Invalidité totale, vous devez à nouveau satisfaire le Délai de carence d'ILD avant de faire une nouvelle demande de prestations.

Exonération des primes de prestations d'ILD

Une fois l'acceptation de votre demande de prestations confirmée, la prime d'assurance collective de votre assurance ILD sera exonérée à compter du premier jour du premier mois complet qui suit la fin de votre Délai de carence d'ILD. Cette Exonération des primes d'ILD demeure en vigueur tant que vous avez droit à des prestations d'ILD continues.

Les primes d'ILD ne sont pas exonérées avant qu'une décision ne soit prise par l'assureur et qu'il y ait confirmation de votre admissibilité à l'ILD.

Demande de dommages à un tiers

Si votre invalidité totale est le résultat d'un accident ou d'une autre cause pour laquelle un tiers est en tout ou en partie responsable, vous êtes dans l'obligation de prendre toutes les mesures nécessaires pour recouvrer, au nom de l'assureur, la somme totale de toutes prestations qui vous ont été versées en vertu du régime d'ILD.

Vous devez signaler à l'assureur toute demande de dommages à un tiers, et conclure une convention de remboursement avec l'assureur de rembourser, à partir de tout accord de dommages, les fonds considérés par l'assureur comme représentant une duplication du montant total des prestations que vous avez reçues en vertu de la garantie d'ILD.

Veuillez vous mettre en rapport avec le Département d'assurance salaire de RWAM, Administrateurs d'Assurance afin d'obtenir les détails concernant vos obligations envers l'assureur.

Résiliation de l'Assurance ILD

Votre garantie est résiliée conformément à la partie intitulée « Résiliation de l'assurance » des Dispositions générales de ce livret et de votre Barème de prestations d'ILD.

En cas de cessation d'emploi, l'assurance Invalidité de longue durée est résiliée à partir de la date à laquelle vous cessez d'être effectivement au travail et d'effectuer vos tâches activement, quelle que soit la date à laquelle votre emploi cessera officiellement.

INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Limitation de poursuite

Aucune poursuite ou action en justice ou en capitaux ne sera présentée contre RWAM ou l'assureur pour recouvrer des prestations d'Invalidité de longue durée avant l'expiration de 60 jours après la soumission de votre demande à l'assureur conformément aux exigences du régime d'ILD, à moins de n'être présentée dans l'un des cas suivants :

- au cas où des prestations d'ILD ne vous ont pas été versées, à compter d'une année de l'expiration de la période pendant laquelle vous êtes requis de soumettre votre demande de prestations pour la première fois ou à compter de la date à laquelle votre demande de prestations est d'abord refusée, la première de ces dates étant retenue, ou
- au cas où des prestations d'ILD vous ont été versées, à compter d'une année de la date de la cessation de vos prestations d'ILD.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

DÉTAILS DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Le Barème d'Assurance maladie complémentaire (AMC) contenu dans ce livret résume les frais d'assurance maladie principaux couverts par votre régime pour vous et toute personne à votre charge, sous réserve des franchises, des montants de coassurance et des prestations maximums. Cette partie de votre livret donne des détails applicables à chaque garantie en vertu de votre régime, tels que limitations et exclusions, ainsi que des renseignements supplémentaires qui ne sont pas explicitement énumérés dans votre Barème d'AMC.

Demandes de Renseignements

Nous sommes à votre disposition pour répondre à toutes vos questions. Vous pouvez rejoindre le Département du service à la clientèle de RWAM au 438-896-0065 à Montréal, ou, à l'extérieur de Montréal, au 1-855-376-7926.

Franchise d'AMC

Toute « Franchise d'AMC » précisée dans votre Barème de prestations d'AMC est égale au montant total de frais admissibles que vous devez payer vous-même au cours d'une année civile, avant de pouvoir faire une demande de remboursement de frais de santé dépassant ce montant.

Les frais de santé admissibles encourus au cours des trois derniers mois d'une année civile et qui servent à acquitter une portion de la franchise de cette même année, serviront à acquitter la franchise de l'année civile suivante.

Coassurance et Prestations maximums

Le montant de prestations d'AMC est déterminé par :

- toute « Franchise d'AMC » précisée dans votre Barème de prestations,
- le montant de « Coassurance », soit le pourcentage indiqué dans votre Barème de prestations d'AMC,
- tout montant de franchise précisé dans votre Barème sous « Prestations maximums » (P. ex., une franchise peut être précisée pour les médicaments sur ordonnance),
- les « Prestations maximums » précisées dans votre Barème de prestations, et
- les limites applicables aux frais en question, telles que stipulées dans les « Détails » d'AMC de ce livret.

Coordination des Prestations d'AMC avec d'autres régimes

Si vous et votre conjoint (y compris un conjoint de fait) êtes tous les deux assurés en vertu d'un régime d'assurance maladie comparable, les prestations payables seront coordonnées afin que le montant total combiné ne dépasse pas 100 % des frais admissibles réels encourus. Les prestations sont calculées et coordonnées dans l'ordre suivant :

Vos demandes de prestations personnelles et celles de votre conjoint :

- Vos demandes personnelles doivent être envoyées à RWAM en premier (votre assureur est considéré comme étant l'assureur d'origine).
- Les demandes de votre conjoint doivent être envoyées à son assureur en premier (l'assureur de votre conjoint est considéré comme étant l'assureur d'origine).

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- Toute demande de règlement de solde est envoyée à l'assureur secondaire, avec preuve du montant versé par l'assureur d'origine.

Les demandes de prestations au nom de vos enfants à charge :

- Si votre date de naissance survient *avant* celle de votre conjoint pendant l'année civile, la demande est envoyée à RWAM en premier.
- Si votre date de naissance survient *après* celle de votre conjoint pendant l'année civile, la demande est envoyée à l'assureur de votre conjoint en premier.
- Toute demande de règlement de solde est envoyée à l'assureur secondaire, avec preuve du montant versé par l'assureur d'origine.

Si vous êtes séparé ou divorcé, les demandes aux noms d'enfants à charge sont d'abord soumises à l'assureur du parent qui a la garde. Ensuite, tout solde est premièrement soumis à l'assureur du conjoint du parent qui a la garde, suivi par l'assureur du parent qui n'a pas la garde, et enfin, l'assureur du conjoint du parent qui n'a pas la garde. (Si vous avez besoin d'éclaircissements concernant l'ordre dans lequel il faut soumettre des demandes de règlement dans votre cas, n'hésitez pas à appeler RWAM)

Frais d'AMC admissibles

Des frais sont couverts si :

- ils sont couverts par ce régime d'AMC,
- il s'agit de frais habituels encourus pour des fournitures ou des services médicaux,
- il s'agit de traitement raisonnable et habituel pour une Maladie diagnostiquée par un médecin,
- il s'agit d'un traitement encouru sur la recommandation préalable d'un médecin autorisé (sauf là où il y a indication contraire),
- il s'agit de frais encourus à une date à laquelle vous et/ou votre personne à charge êtes effectivement assurés, et
- il s'agit d'une demande soumise et reçue par RWAM pas plus de 365 jours après la date à laquelle les frais ont été encourus
(si vous n'êtes plus effectivement assuré, la date limite quant à des frais encourus avant la date de résiliation ne doit pas dépasser plus de *90 jours* après la résiliation de l'assurance)

Les prestations admissibles sont sous réserve de modifications entraînées par des changements apportés aux règlements sur les régimes d'assurance maladie ou d'assurance médicament des gouvernements provinciaux et fédéral.

Au cas où votre assurance maladie provinciale ne couvre qu'une partie des frais encourus pour des fournitures ou des services médicaux, votre demande de règlement du solde des frais peut être prise en considération.

Prédétermination des frais admissibles

Si l'on s'attend à ce que le plan de traitement proposé dépasse 300 \$, il est recommandé d'obtenir une prédétermination auprès de RWAM précisant quels frais sont admissibles, ainsi que le montant de prestations qui pourrait être payable.

Soumettez à RWAM un plan de traitement détaillé qui décrit le genre de soins ou de traitement prévu. Si des appareils médicaux sont requis ou proposés, veuillez soumettre une estimation par écrit annexée à un formulaire de « Déclaration du médecin traitant » rempli.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Ces renseignements permettront à RWAM de vous informer du montant de remboursement payable avant d'encourir des frais. (Dans le cas d'appareils médicaux requis, un remboursement n'est effectué qu'en cas de location et non pas d'achat.)

Il est dans votre intérêt de demander une prédétermination et de confirmer les frais remboursables en vertu de ce régime avant d'encourir des frais de traitement ou de fournitures considérables et coûteux.

Limitations et exclusions générales d'AMC

En plus des limitations et exclusions précises applicables à toute garantie d'AMC qui sont mentionnées dans ce livret, les limitations et exclusions générales suivantes s'appliquent à toute demande de règlement d'AMC :

- les frais engagés pour faire remplir des formulaires de demande de prestations sont exclus
- toutes dépenses encourues pour des services ou des traitements fournis par un médecin, un praticien, ou autre fournisseur de services médicaux qui est apparenté au patient en vertu de naissance, de mariage légitime ou d'union de fait, ou qui habite dans la même résidence que le patient
- les frais engagés dont le remboursement n'est pas autorisé par des lois gouvernementales sont exclus, sauf dans la mesure où le gouvernement pourrait permettre un remboursement excédentaire
- les frais entièrement couverts par votre régime d'assurance maladie provinciale ou fédérale sont exclus
- les frais engagés pour des services, des fournitures ou des traitements qui ont été retirés d'un régime d'assurance maladie gouvernementale, et qui ne sont pas explicitement inclus en tant que frais admissibles en vertu de ce régime sont exclus
- les frais entièrement couverts par le régime de votre conjoint qui est considéré comme étant le régime de l'assureur d'origine sont exclus (voir « Coordination de vos prestations avec d'autres régimes »)
- les frais couverts par la législation des accidents du travail sont exclus
- les frais couverts par un tiers en raison d'un litige (voir « Demande de dommages à un tiers ») sont exclus
- les soins esthétiques ne sont pas admissibles
- tous frais reliés à un changement d'identité sexuelle sont inadmissibles
- tous frais dépassant ce qui est considéré comme étant raisonnable et habituel par l'assureur sont exclus
- tous frais qui ne coûteraient normalement rien s'il n'y avait pas de couverture d'assurance sont inadmissibles
- tout traitement d'une Maladie diagnostiquée par un médecin qui, selon l'assureur, n'est pas considéré comme étant raisonnable ou habituel, est inadmissible
- tout traitement de genre expérimental est inadmissible
- tous frais déjà couverts/offerts par votre employeur sont exclus
- tous frais encourus pour des examens médicaux de contrôle, des rendez-vous manqués, des examens ou dépistages par une tierce personne ou des déplacements sont exclus
- les frais de communication ne sont pas admissibles
- tous frais médicaux encourus à des fins de rénovation ou de modification physique ou écologique à une résidence, un véhicule ou un établissement commercial sont inadmissibles, y compris tous frais encourus pour la filtration ou la purification mécanique ou électronique d'air, d'eau ou d'autres facteurs écologiques
- tous frais médicaux encourus à la suite de blessures volontaires intentionnelles ou de tentative de suicide sont exclus
- tous frais médicaux encourus à la suite de la provocation de voies de fait sont exclus
- tous frais médicaux encourus à la suite de la perpétration ou de la tentative de perpétration d'une infraction criminelle sont exclus
- tous frais médicaux encourus à la suite de la perpétration d'un acte criminel ou d'un acte jugé criminel sont exclus

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- tous frais médicaux encourus directement ou indirectement à la suite d'une insurrection ou d'une guerre (déclarée ou non), de service militaire, de la participation à une émeute ou à un mouvement populaire, ou à un acte de terrorisme sont exclus
- tous frais d'équipement, de traitement ou de services employés principalement à des fins sportives ou récréatives sont exclus
- tous frais encourus pour traitement dentaire sont exclus, à moins que le traitement ne soit nécessité par un accident dentaire (voir Accidents dentaires)
- les frais engagés à l'extérieur du Canada sont exclus

Demandes de règlement

- Les reçus originaux doivent être annexés à la demande de prestations d'AMC appropriée (que vous pouvez obtenir auprès de votre employeur ou de RWAM).
- Toute demande de prestations doit être envoyée au Département des réclamations de RWAM. Nous traitons vos demandes de réclamations au nom de l'assureur
- Tous les reçus doivent indiquer le nom du patient, la date de service, le genre de traitement et le montant facturé
- Si la demande a déjà été payée par l'assureur d'origine, mais vous faites une demande de règlement du solde des frais en vertu de ce régime, vous devez fournir tous les détails de la demande soumise, y compris une preuve du montant déjà payé par l'autre assureur
- Si vous devez satisfaire une franchise d'AMC, conservez vos reçus jusqu'à ce que le montant de la franchise soit dépassé, et soumettez tous les reçus en même temps que votre demande de règlement de frais excédant la franchise d'AMC
- C'est à vous qu'il incombe, à vos propres frais, d'obtenir et de fournir tous renseignements nécessaires pour traiter votre demande de règlement ou pour déterminer le montant de remboursement auquel vous avez droit

RAPPEL : Les détails de cette partie devraient être lus en même temps que votre Barème d'AMC. Chaque garantie de cette partie est assujettie à tout maximum de coassurance et de règlement stipulé dans votre Barème d'AMC. En plus des détails de cette partie, le Barème d'AMC peut également indiquer d'autres conditions à remplir dans le cas d'une garantie d'AMC spécifique.

Régime d'Assurance médicaments nécessitant une ordonnance

Le régime d'assurance médicaments couvre la plupart des médicaments, approuvés par RWAM ou son représentant, et prescrits par un médecin, un dentiste ou, le cas échéant, en vertu d'une loi provinciale, par d'autres professionnels de la santé qualifiés pour une maladie ou une blessure. Seuls les médicaments exigeant légalement une ordonnance, ou les médicaments sans ordonnance jugés essentiels à la vie, portant un numéro d'identification de médicament (DIN) et utilisés aux fins prévues par Santé Canada, seront remboursés.

Remboursement limité à un approvisionnement de 34 jours par achat pour de nouvelles ordonnances. Un approvisionnement de 90 jours par achat sera autorisé pour les médicaments d'entretien stabilisés et les ordonnances.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Frais admissibles

- les fournitures pour diabétiques, y compris des aiguilles et des seringues à usage unique pour administrer de l'insuline ainsi que des dispositifs de surveillance
- les contraceptifs, y compris contraceptifs oraux, stérilets et contraceptifs injectés
- les sérums contre les allergies
- les médicaments essentiels au maintien de la vie
- les vaccins préventifs (P. ex., grippe, immunisations d'enfants, immunisations standard de voyage), à l'exception des séries de vaccins en oncologie et les vaccins expérimentaux, jusqu'à concurrence de prestations de 100 \$ par année civile.
- les aides à la désaccoutumance du tabac, sur recommandation du médecin, selon les règles du Régime public d'assurance médicaments du Québec (RAMQ)

Frais non admissibles

- les médicaments ou les traitements en vente libre (avec ou sans une ordonnance par écrit d'un médecin)
- les produits exclusifs ou brevetés
- les médicaments, ingrédients ou produits considérés comme étant expérimentaux ou de recherche
- les aliments diététiques ou de santé, les vitamines ou les produits nutritionnels
- les articles reliés à l'usage de médicaments injectables, tels que l'alcool à friction, les tiges de coton ouaté, les dermo-jets automatiques ou tout autre équipement semblable
- les frais encourus pour l'administration de tous vaccins, sérums ou autres traitements médicamenteux
- les fournitures de contraception, y compris le coût de mise en place de dispositifs de contraception (p. ex., stérilets)
- les médicaments, injections ou traitements contre la stérilité
- les médicaments pour le traitement de dysfonctionnement érectile (p. ex., Viagra)
- tous médicaments, hormones, produits ou injections pour traiter l'obésité

Carte d'assurance médicaments

Si la pharmacie a accès à un service de Transfert électronique de données/TÉD (*Electronic Data Interchange/EDI*), présentez votre carte d'assurance médicaments et/ou votre certificat-portefeuille à votre pharmacien. Il se peut que vous encouriez des frais minimes tels que toute franchise requise pour chaque médicament, toute différence entre les honoraires professionnels de pharmacien et les honoraires de délivrance maximums, tels que stipulés par votre régime, et toute différence entre le montant de coassurance et 100 %, si le montant de coassurance est de moins de 100 %. (Veuillez consulter votre Barème de prestations d'AMC pour les détails de votre propre régime.)

Si votre pharmacien n'a pas accès à un service de TÉD, vous devrez sans doute payer vous-même le montant total directement au pharmacien. Vous pourrez ensuite faire une demande de remboursement de médicaments en envoyant la facture originale du pharmacien, annexée à un formulaire de « Demande de règlement pour frais médicaux » à RWAM. Veuillez vous assurer que tout reçu comprenne bien le nom du patient, la date du service, le nom et/ou le Numéro de la Base de données sur les produits pharmaceutiques/BDPP (*Drug Identification Number/DIN*), ainsi que le montant facturé.

Services de praticien

Veuillez vous reporter à votre Barème de prestations d'AMC afin de déterminer quels services de praticien sont couverts par votre régime. Votre régime indique également si les services d'un praticien exigent la recommandation d'un médecin autorisé afin de constituer des frais admissibles.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Limitations et exclusions

- un maximum d'une radiographie nécessaire par praticien par année civile
- le praticien doit être dûment autorisé, ou autrement certifié comme étant habile à pratiquer par les autorités compétentes de la province où le service a été rendu
- le praticien ne peut être apparenté ni à vous ni à vos personnes à charge, que ce soit le résultat d'un mariage ou de tout autre lien personnel
- le praticien ne peut vivre ni avec vous, ni avec vos personnes à charge
- Aucun remboursement ne sera effectué pour des services couverts par votre régime d'assurance maladie provinciale. Cependant, si le montant maximum pour le service d'un praticien est épuisé, votre demande de règlement du solde des frais peut être prise en considération.

Soins infirmiers privés

Une prédétermination d'admissibilité est *exigée* pour cette garantie au nom d'un employé ou d'une personne à charge. Veuillez vous procurer et présenter le formulaire intitulé « Questionnaire de soins infirmiers à domicile », qui doit être rempli par le médecin traitant.

Les frais de soins infirmiers privés, hors d'un hôpital, sont admissibles si les soins sont :

- donnés par un infirmier ou un infirmier auxiliaire autorisé,
- médicalement nécessaires et prescrits par le médecin traitant autorisé, et
- le genre de soins médicaux qui ne peuvent être donnés que par un infirmier ou un infirmier auxiliaire.

Limitations et exclusions

- aucun remboursement n'est effectué pour des soins infirmiers donnés à l'hôpital
- la durée anticipée des soins infirmiers privés ne peut pas dépasser 12 mois
- l'infirmier ne peut être apparenté ni à vous ni à vos personnes à charge, qu'il s'agisse du résultat d'un mariage ou de tout autre lien personnel
- l'infirmier ne peut vivre ni avec vous, ni avec vos personnes à charge
- les frais encourus pour les services rendus lors d'un accouchement non urgent hors d'un hôpital ne sont pas admissibles
- aucun remboursement n'est effectué pour des frais encourus à raison de soutien à domicile, de compagnon ou de garde d'enfants
- aucun remboursement n'est effectué pour des services médicaux ou pour les services d'un soignant qui ne nécessitent pas l'engagement d'un infirmier ou d'un infirmier auxiliaire

Examens de la vue

Les frais d'examens de la vue sont admissibles lorsqu'ils sont effectués par un ophtalmologiste ou un optométriste autorisé et seulement si ces frais ne sont pas couverts par votre régime d'assurance maladie gouvernementale. Les examens concernant les verres de contact sont exclus.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Soins de la vue

Les frais admissibles comprennent :

- les lunettes et les verres de contact correctifs prescrits uniquement par un ophtalmologiste ou un optométriste autorisé, mais qui peuvent être délivrés par un ophtalmologiste, un optométriste autorisé ou un opticien qualifié
- Le coût des lentilles cornéennes médicales si elles sont prescrites à la suite d'une affection médicale de l'œil où les lentilles conventionnelles ne peuvent pas améliorer l'acuité visuelle d'au moins 20/40, 200\$ à vie

Limitations et exclusions

- les verres de contact à des fins esthétiques sont exclus
- les examens concernant les verres de contact sont exclus
- les exercices de la vue, les traitements orthoptiques ou tout autre traitement spécial ou chirurgie de l'œil ne représentent pas des frais admissibles
- les lunettes de lecture et autres produits d'optique vendus au détail sont exclus
- l'achat de lunettes de soleil, de lunettes de sécurité, les étuis de lunettes, les solutions pour verres de contact ou tout autre article ou service concernant la vue ne représentent pas des frais admissibles
- lentilles de spécialité ou de qualité supérieure pour la chirurgie de la cataracte
- la chirurgie de l'œil au laser est exclue

Garantie de frais hospitaliers

Si vous ou vos personnes à charge admissibles devez être hospitalisés dans un Hôpital approuvé en tant que malades hospitalisés, les frais quotidiens qui dépassent le tarif quotidien en salle commune représentent des frais admissibles d'après les règles d'hospitalisation stipulées dans votre Barème de prestations d'AMC.

Limitations et exclusions

- tous frais encourus pour la location d'un téléphone ou d'un téléviseur, ou d'autres services se rapportant à un séjour à l'hôpital, ne représentent pas des frais admissibles

Un « Hôpital approuvé » est :

- toute institution légalement constituée en tant qu'hôpital au Canada et qui est autorisée et approuvée par la province dans laquelle elle est située,
- tout hôpital pour lequel les services et tarifs en salle commune sont assurés par le régime d'assurance maladie de la province en question,
- tout hôpital qui offre principalement des soins actifs,
- tout hôpital qui a, sur place, des locaux médicaux, chirurgicaux et de diagnostic,
- tout hôpital ayant des locaux permanents qui offrent des soins à temps plein pour les patients hospitalisés à séjour d'une nuit et soignés par des médecins autorisés, et,
- tout hôpital ayant des infirmiers de garde 24 heures par jour.

Les hôpitaux approuvés ne comprennent pas :

- les maisons de repos, les maisons de soins infirmiers, les établissements de soins prolongés, les maisons de convalescence, les endroits destinés aux personnes âgées, ou toute autre institution qui offre principalement des soins de garde
- les établissements employés principalement pour le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Garantie de frais hospitaliers pour convalescents

Si vous ou vos personnes à charge admissibles devez être soignés dans un Hôpital pour convalescents en tant que malades hospitalisés, les frais quotidiens qui dépassent le tarif quotidien en salle commune représentent des frais admissibles d'après les règles d'hospitalisation stipulées dans votre Barème de prestations d'AMC.

Limitations et exclusions

- il faut commencer par un séjour dans un « Hôpital approuvé » en raison de maladie ou de blessure pendant au moins cinq jours consécutifs, suivi, dans les 48 heures de la sortie de L'Hôpital approuvé, d'un transfert à l'hôpital pour convalescents en tant que malade hospitalisé
- le transfert à l'hôpital pour convalescents a été prescrit par un médecin autorisé
- la durée maximum du séjour, telle que précisée dans votre Barème de prestations d'AMC, n'est permise que pour le traitement de la même maladie ou blessure ou d'une maladie ou blessure qui s'y rattache
- tous frais encourus pour la location d'un téléphone ou d'un téléviseur, ou d'autres services se rapportant à un séjour à l'hôpital ne représentent pas des frais admissibles
- si, après avoir bénéficié de la garantie de convalescence pendant un séjour à l'hôpital, quelle qu'en soit la durée, vous souffrez d'une nouvelle maladie ou blessure non associée, la garantie d'hôpital pour convalescents n'est pas payable à moins qu'un autre séjour dans un hôpital/hôpital pour convalescents ne soit requis pendant pas moins de 30 jours consécutifs

Un « Hôpital pour convalescents » est :

- toute institution (ou partie différente d'un hôpital ou d'une autre institution) légalement constituée en tant qu'hôpital au Canada et qui fournit régulièrement aux malades hospitalisés des soins infirmiers de réadaptation pendant le rétablissement à la suite d'une maladie ou blessure,
- toute institution autorisée à rendre ses services par la province dans laquelle elle est située,
- tout hôpital dont les tarifs de services et les services en salle commune sont assurés par le régime d'assurance maladie de la province en question,
- tout hôpital ayant des locaux permanents qui offrent des soins à temps plein aux patients hospitalisés à séjour d'une nuit qui sont soignés par des médecins autorisés, et
- tout hôpital ayant des infirmiers de garde 24 heures par jour.

Les Hôpitaux pour convalescents ne comprennent pas :

- les maisons de repos, les maisons de soins infirmiers, les centres de soins prolongés et de post-cure, les maisons de convalescence, les endroits destinés aux personnes âgées, ou toute autre institution qui offre principalement des soins de garde
- les établissements employés principalement pour le traitement de l'alcoolisme ou de toxicomanie
- les établissements ou institutions pour le traitement de toute maladie chronique physique ou mentale, y compris en vue de soigner la tuberculose

Service ambulancier

Les frais d'ambulance sont admissibles si :

- le service est procuré par une ambulance terrestre ou aérienne autorisée,
- le transport en ambulance s'impose pour une urgence médicale, et
- le transport est à l'hôpital le plus proche où un traitement médical satisfaisant est offert.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Les frais d'ambulance couvrent les honoraires d'une personne autorisée à rendre des soins médicaux à la personne assurée pendant le transport de cette personne en ambulance, si ceci est jugé médicalement nécessaire

Limitations et exclusions

- Les frais encourus lors de transport en ambulance chez vous, ou à un hôpital ou un établissement médical plus proche de chez vous, uniquement en vue de vous rapprocher de votre résidence

Orthèses du pied

Les orthèses du pied doivent être spécialement conçues et fabriquées pour les pieds de la personne assurée et doivent être prescrites par un chirurgien orthopédiste, un podiatre ou un podologue. Si un tel service est rendu par un autre praticien, celui-ci doit être approuvé par l'assureur et les orthèses du pied doivent être prescrites par un médecin autorisé.

Chaussures orthopédiques

Les chaussures orthopédiques doivent être médicalement nécessaires et spécialement conçues et fabriquées pour la personne assurée et doivent être prescrites, réparées et rajustées par un chirurgien orthopédiste, un podiatre ou un podologue. Si un tel service est rendu par un autre praticien, celui-ci doit être approuvé par l'assureur et les chaussures orthopédiques doivent être prescrites par un médecin autorisé.

Limitations et exclusions

- Les frais encourus pour des produits ou des chaussures orthopédiques qui font partie du stock standard ne sont pas admissibles à un remboursement.

Prothèses

Les frais de prothèses admissibles comprennent :

- les frais de membres sans commande myoélectrique
- les frais pour des yeux artificiels
- les frais de réparation, de remplacement ou de modification de prothèses

Limitations et exclusions

- Un maximum de 25 000 \$ viager.
- La prothèse initiale doit être requise à cause d'une blessure ou d'une maladie alors que la personne était assurée en vertu de ce régime, ou s'être produite alors que la personne était assurée par une garantie semblable en vertu d'un régime d'assurance collective antérieur qui a été remplacé par le régime en vigueur.
- Les réparations, remplacements ou modifications de prothèses ne sont admissibles que si un changement de la condition physique s'est produit alors que la personne est assurée en vertu de ce régime.

Prothèses auditives

Les frais de prothèses auditives, y compris l'ajustement de ces prothèses, seront pris en considération s'ils sont prescrits par un médecin autorisé.

Les frais liés à l'entretien normal ou au remplacement de piles de prothèses auditives ne sont pas remboursables.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Fournitures et services médicaux

Les frais encourus pour les fournitures et services suivants seront pris en considération :

- l'oxygène et la location d'équipement respiratoire
- les frais initiaux de plâtres, d'attelles, de bandages herniaires, d'appareils orthopédiques, de béquilles, de fournitures chirurgicales ou de colliers cervicaux requis à cause d'une maladie ou d'une blessure alors que la personne était assurée en vertu de ce régime et pourvu que ces fournitures aient été prescrites par un médecin
- les fournitures de stomie ou fournitures pour incontinence
- deux soutiens-gorge chirurgicaux par année civile lorsque médicalement nécessaires à cause d'une mastectomie totale ou radicale, une lumpectomie ou né(e) avec une malformation
- deux paires de bas chirurgicaux chaque année civile
- les prothèses capillaires médicalement nécessaires par suite de chimiothérapie ou à cause d'alopécie ou de chirurgie, jusqu'à concurrence de 500 \$ à vie
- les glucomètres
- Système de surveillance du glucose (SSG) pour les patients utilisant l'insuline. Limité à un maximum annuel combiné de 4 000 \$ pour les appareils et les capteurs
- les imitations d'aliments qui doivent être administrées par gavage. Les pompes et les instruments de gavage sont également couverts
- les frais de laboratoire ou de radiographie qui ne sont pas couverts par votre régime d'assurance maladie provinciale, pourvu que ces services soient rendus par un technicien de laboratoire autorisé. 1 500 \$ par année civile

Limitations et exclusions

- les frais d'entretien périodique ou de remplacement de piles d'appareils médicaux sont exclus
- aucun remboursement ne sera effectué pour des frais de laboratoire ou autres frais divers rendus par un médecin ou un praticien alors que celui-ci pratique la médecine dans son cabinet privé
- les services ou fournitures/articles qui servent au confort personnel, à la commodité, à l'aide, à la sécurité, à l'auto-assistance ou à l'autonomie et qui ne sont pas médicalement nécessaires pour des activités normales sont exclus
- les frais de laboratoire ou d'autres fournitures ou services ayant pour but principal un suivi personnel de santé ou de condition physique sont exclus

Équipement médical

L'achat ou la location d'équipement médical doit être certifié médicalement nécessaire par un médecin autorisé, et doit être requis à cause d'une blessure ou d'une maladie survenue alors que la personne était assurée en vertu de ce régime, ou s'être produite alors que la personne était assurée par une garantie semblable en vertu d'un régime d'assurance collective antérieur qui a été remplacé par le régime en vigueur.

Achat ou location ?

L'assureur se réserve le droit de déterminer si un remboursement sera effectué pour l'achat ou la location d'équipement médical. Nous vous conseillons d'obtenir une Détermination préalable.

Frais admissibles

- lit d'hôpital standard (non électrique)
- fauteuil roulant standard (manuel)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- neurostimulateur transcutané (TENS) ou autre appareillage mécanique semblable, 700 \$ à vie
- tente à inhalation et pulvérisateur (exception faite des humidificateurs et des évaporateurs)
- appareillage en aérosol
- appareil de traction
- alarme d'énurésie Mozes
- pompes à insuline
- appareils de ventilation spontanée en pression positive continue (VSPPC/CPAP)
- Injections sclérosantes pour le traitement des varices : 20\$ par consultation
- Cure de désintoxication – alcoolisme & toxicomanie : 125\$/jour, maximum 3 000\$ à vie

Accidents dentaires

Si vous ou l'une de vos personnes à charge admissibles êtes frappés d'un coup accidentel à la bouche, endommageant ainsi des dents entières, saines et naturelles, nous prendrons en considération les frais de traitement nécessaire effectué par un dentiste autorisé afin de réparer ou de remplacer de telles dents. Les détails de l'accident doivent être soumis à RWAM, comme doit l'être toute radiographie pertinente.

Limitations et exclusions

- la réparation dentaire doit être effectuée dans les 12 mois de la date de la blessure accidentelle
- l'accident doit être de genre inattendu, externe et violent
- les accidents produits lorsque la personne mord ou mastique ou les accidents causés par le placement d'objets dans la bouche ne représentent pas des accidents dentaires admissibles
- l'accident dentaire ne peut pas être dû à la provocation de voies de fait ni à toute autre cause énoncée dans la rubrique d'AMC « Frais non admissibles, Limitations et exclusions » de ce livret
- la blessure doit avoir été reçue pendant que la personne était couverte par cette garantie en vertu de ce régime
- les frais accordés seront limités au traitement le moins coûteux permettant d'obtenir des résultats professionnels acceptables
- les frais liés à un dysfonctionnement orthodontique ou d'articulation temporo-mandibulaire ne sont pas couverts

Garantie Hors de province/Hors du Canada en cas d'urgence

Votre garantie d'assurance collective Hors de province/Hors du Canada offre une protection vingt-quatre heures sur vingt-quatre pour les cas d'urgence qui ont lieu pendant que vous voyagez.

NOTE : En voyage, emportez toujours avec vous votre carte d'assurance voyage et votre certificat, ainsi que vos cartes de régimes d'assurance maladie provinciale et fédérale pour vous et vos personnes à charge assurées. N'oubliez pas non plus tout code d'appel au Canada dont vous pourriez avoir besoin.

Transport d'urgence

Votre Barème de prestations d'AMC, contenu dans ce livret, précisera le nombre de jours maximums par voyage couvert par votre régime, à compter de la date de départ de votre province de résidence. Si vous êtes encore hospitalisé pendant la dernière journée de votre protection, votre assurance sera prolongée jusqu'à 72 heures du moment où l'on vous donne congé de l'hôpital afin que vous puissiez rentrer dans votre province de résidence.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Les frais de services d'urgence admissibles seront remboursés conformément aux frais habituels et raisonnables de l'endroit où les services ont été rendus, moins le montant payable par votre régime d'assurance provinciale/fédérale, sous réserve du montant maximum et de la coassurance précisée dans votre Barème de prestations d'AMC

Les prestations ne sont payables que si les services médicaux sont requis à la suite d'une maladie ou d'une blessure d'urgence qui se produit alors que vous êtes en vacances ou que vous voyagez. Le voyage ne doit pas avoir été entrepris pour des raisons de santé. Les remboursements sont émis en monnaie canadienne uniquement, au cours du change en vigueur à la date à laquelle votre demande de règlement est traitée, quel que soit le pays où les services médicaux d'urgence ont été rendus.

Avant de partir

L'assureur n'est pas en mesure de garantir qu'il pourra fournir des services d'assistance dans les régions touchées par des agitations politiques ou sociales. Si vous avez besoin de renseignements avant de partir en voyage, veuillez communiquer avec « Travel Assist ».

« Travel Assist »

En cas d'urgence lors du voyage, appelez « Travel Assist » **avant de vous faire soigner**, en utilisant les numéros de téléphone d'urgence de « Travel Assist » indiqués au verso de votre carte-portefeuille.

Veuillez remarquer que si votre condition médicale vous empêche de téléphoner avant les soins d'urgence, vous devriez appeler « Travel Assist » dès que médicalement possible. Sinon, quelqu'un d'autre peut téléphoner à votre nom. (Il y a des répercussions si vous ne contactez pas Travel Assist aussitôt que possible. Voir la partie intitulée « Si vous n'appellez pas dans les 48 heures ».)

Lorsque vous voyagez hors du Canada ou des États-Unis, vous aurez également besoin des codes d'appel direct au Canada à partir de tout pays dans lequel vous voyagez. Vous pouvez obtenir les codes d'appel pertinents sur le site Internet à l'adresse : **www.countrycode.org/canada** ou auprès de votre agent de voyage.

Lors de votre appel

- Indiquez que vous êtes employé de Patrick Morin et donnez votre numéro de certificat. Vous devez également donner votre numéro d'assurance maladie provinciale/fédérale.
- Expliquez la nature de l'urgence médicale et le genre d'aide dont vous avez besoin.
- Un spécialiste d'assistance multilingue vous dirigera vers le meilleur établissement médical ou médecin, afin que vous receviez les soins d'urgence appropriés.
- L'assureur confirmera au(x) fournisseur(s) de services d'urgence (p. ex. : l'hôpital, la clinique ou le médecin) que vous êtes couvert par une garantie d'assurance Hors de province/du pays.
- Le fournisseur de services d'urgence est alors en mesure de facturer l'assureur directement (et non pas vous-même), pour tous les services couverts par l'assurance. Vous n'aurez ainsi rien à déboursier vous-même.
- L'équipe médicale de l'assureur suivra de près les progrès du traitement afin de s'assurer que le patient reçoive les meilleurs soins médicaux disponibles. Selon la gravité de l'urgence médicale, l'équipe médicale de l'assureur demeurera également en rapport constant avec le médecin de famille du patient et avec sa famille.
- Si une hospitalisation prolongée est requise, l'assureur prendra les mesures nécessaires pour rapatrier le patient à sa province de résidence sans danger et dès que possible.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Si vous n'appellez pas dans les 48 heures

Si vous n'appellez pas « Travel Assist » dans les 48 heures d'un cas d'urgence :

- si vous n'avez pas l'assureur du début d'un traitement d'urgence dans les 48 heures, il se peut que le règlement soit limité aux frais encourus dans les 48 heures du traitement/de l'incident (dépendant du maximum du régime)
- les demandes de règlement doivent être soumises à l'assureur
- des relevés de compte détaillés indiquant les services rendus et les tarifs imputés à chaque service doivent être fournis
- Toutes les demandes de règlement doivent être soumises dans les 12 mois de la date de service

Services d'assistance en cas d'urgence

Les services comprennent :

- assistance jour et nuit, tous les jours
- assistance multilingue
- assistance pour trouver le fournisseur de soins médicaux approprié le plus proche
- réseaux internationaux de fournisseurs de services à tarifs préférentiels
- service de consultation auprès d'une équipe médicale (médecin), y compris une étude du traitement afin de déterminer s'il est approprié en vue de l'affection traitée
- assistance pour se mettre en rapport avec la famille, le médecin de famille et l'employeur, s'il y a lieu
- suivi de l'état de santé pendant le traitement et la convalescence
- services de transmission de messages d'urgence
- services de traduction pour communiquer dans la langue de l'établissement ou des établissements hospitalier(s) et du (des) médecin(s) traitant(s)
- vérification de la protection d'assurance, de façon à faciliter l'accès et l'admission aux hôpitaux et autres fournisseurs de soins médicaux
- soutien particulier par rapport à la coordination de règlement direct de garanties
- transfert d'argent en cas d'urgence
- coordination des services d'Ambassade et de Consulat
- gestion, organisation et coordination de transport et d'évacuation en cas d'urgence médicale, s'il y a lieu
- gestion, organisation et coordination du rapatriement de la dépouille
- soutien particulier pour la prise de dispositions en cas de voyage interrompu ou perturbé par une situation d'urgence, concernant notamment : le retour de compagnons de voyage non accompagnés ; le voyage pour se rendre au chevet d'une personne hospitalisée ; le réaménagement des billets, suite à un accident, une maladie, ou toute autre urgence qui perturbe les projets de voyages ; le retour de véhicules à usage personnel laissés sans conducteur
- assistance pour obtenir sur place les services d'un conseiller juridique
- coordination pour l'obtention d'un acte de cautionnement ou d'autres instruments juridiques
- soutien particulier pour le remplacement de documents de voyage perdus ou volés, y compris des passeports
- Si le fournisseur de service d'urgence refuse de facturer directement l'assureur, celui-ci remettra un règlement anticipé d'urgence au fournisseur des services hospitaliers et/ou médicaux/chirurgicaux si possible ; ou remboursera immédiatement de tels frais admissibles, encourus par une personne couverte et qui lui ont causé des difficultés financières. Sinon, les frais admissibles encourus seront remboursés lors du retour de voyage et de la soumission de demande de règlement accompagnée de documents et de reçus justificatifs.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Frais de soins médicaux/chirurgicaux d'urgence à l'hôpital

En cas d'urgence médicale survenant hors du Canada ou de votre province de résidence, les frais énumérés ci-après en matière de traitement médical/chirurgical sont couverts par votre assurance. Lorsqu'une approbation préalable est requise, telle qu'indiquée ci-dessous, avant toute démarche pour obtenir un traitement, et dans la mesure du possible, appelez « *Travel Assist* » :

- Le coût admissible du séjour à l'hôpital, jusqu'à concurrence du tarif courant pour une salle commune standard dans un hôpital général public, ainsi que des services médicaux et chirurgicaux admissibles rendus par un médecin ou un chirurgien autorisé pour une condition médicale urgente.
- Les frais de transport en ambulance terrestre à l'établissement médical approprié le plus proche.
- Les frais de transport en ambulance aérienne (y compris un surveillant médical si nécessaire) à l'établissement médical qualifié le plus proche à l'intérieur de la province ou de l'état visité, et pour revenir à la province de résidence, que l'assuré se trouve au Canada ou à l'étranger, pourvu que ce soit médicalement nécessaire et que le patient assuré ne puisse pas voyager autrement. *Sous réserve d'approbation préalable.*
- Les services d'une infirmière privée jusqu'à concurrence de 5 000 \$ au tarif habituel et normal fixé pour de tels services dans le territoire juridique où le traitement est fourni. *Sous réserve d'approbation préalable.*
- Sauf dans les cas d'urgence, *une approbation préalable est requise* pour les tests d'analyses diagnostiques et les radiographies par le médecin traitant, y compris les cathétérismes cardiaques ou les angiogrammes, les angioplasties et les pontages.
- Les médicaments, sérums et préparations injectables dont la vente ne peut se faire légalement que sur l'ordonnance d'un médecin praticien autorisé (exception faite de vitamines, de médicaments brevetés et de spécialités pharmaceutiques).
- Les appareils médicaux, y compris les plâtres, les béquilles, les canes, les écharpes, les attelles et/ou la location temporaire d'un fauteuil roulant lorsqu'ils sont jugés médicalement nécessaires et qu'il s'agit d'un cas d'urgence, et lorsque les appareils en question sont obtenus hors de votre province de résidence.
- Le traitement par un dentiste, seulement si nécessaire à la suite d'un coup accidentel direct à la bouche, lors d'un voyage, jusqu'à concurrence de 2 000 \$. Le traitement doit être procuré dans les 90 jours de l'accident. Les radiographies dentaires et les détails de l'accident doivent être soumis. *Sous réserve d'approbation préalable.*

Frais de transport d'urgence

Dans l'éventualité d'une urgence médicale survenant hors du Canada ou de votre province de résidence, vous êtes admissible à un remboursement des frais de voyage suivants :

- Le prix d'un billet d'avion de Classe économique si vous avez manqué le vol que vous aviez déjà payé, en raison de votre maladie ou de celle de votre compagnon de voyage.
- Le prix d'un billet d'avion de Classe économique pour un surveillant médical qui accompagne le patient couvert à sa province de résidence lorsque jugé nécessaire par le médecin traitant.
- Les frais de rapatriement de la dépouille jusqu'à concurrence de 7 500 \$ (les frais de cercueil/d'une urne funéraire sont exclus).
- Le prix d'un billet d'avion aller-retour de Classe économique pour le transport du conjoint ou d'un proche parent de l'assuré à son chevet, dans le cas d'une hospitalisation prolongée (c. à d., si l'assuré est retenu à l'hôpital pendant au moins sept jours hors de sa province de résidence), et les frais encourus par le conjoint ou le proche parent pour les repas et l'hébergement, jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour pendant cinq jours tout au plus.
- Le prix d'un billet d'avion de Classe économique pour accompagner chez eux des enfants de moins de 15 ans qui se retrouvent sans surveillance lorsque le seul gardien disponible pendant le voyage est hospitalisé.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- Les frais encourus pour ramener le véhicule du patient couvert, lorsque ni celui-ci, ni un membre de sa famille ne peuvent s'en charger (jusqu'à concurrence de 1 000 \$).
- Les frais encourus par les membres de la famille du patient couvert qui voyagent avec lui, au cas où le patient couvert serait hospitalisé au-delà de leur retour anticipé, pour leurs repas et leur hébergement, jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour pendant dix jours tout au plus.

Limitations et exclusions de frais de transport d'urgence

Les prestataires de services, les assureurs, les employeurs ou RWAM ne sont pas responsables de la disponibilité, de la quantité, de la qualité ou des résultats de tout traitement médical reçu par une personne couverte ; ou de l'impossibilité pour une personne couverte de recevoir des services médicaux pour quelque raison que ce soit.

Les frais de transport d'urgence ne sont pas remboursables dans les cas suivants :

- un traitement ou service requis pour des soins continus, des cures de repos, des clubs de santé, des interventions chirurgicales non urgentes, des bilans de santé ou des déplacements pour raison de santé, même si le voyage est recommandé par un médecin,
- tout voyage qui est réservé, entrepris ou continué contre l'avis d'un médecin ou après un diagnostic de maladie en phase terminale,
- toute affection médicale dont, avant le départ, la preuve médicale laisse raisonnablement supposer que des traitements ou une hospitalisation pourraient être nécessaires pendant le voyage
- un traitement qui n'est pas effectué par, ni sous la surveillance d'un médecin ou d'un dentiste autorisé,
- un traitement ou service que vous avez choisi de recevoir hors du Canada, même si votre état médical n'empêchait pas votre retour au Canada afin de subir un tel traitement,
- une hospitalisation et des soins médicaux pour un accouchement qui a lieu dans les huit semaines de la date d'accouchement prévue, ou pour l'interruption volontaire de la grossesse,
- un traitement ou service procuré dans un hôpital pour soins aux malades chroniques ou psychiatriques, dans le pavillon pour les malades chroniques d'un hôpital général, dans un établissement de soins de longue durée, dans un club de santé ou dans une maison de soins infirmiers,
- des services rendus par un chiropraticien, un podologue, un podiatre, ou pour manipulation en ostéopathie,
- une opération de la cataracte ou l'achat de lunettes ou de prothèses auditives,
- des vitamines, médicaments brevetés et exclusifs

Exclusion cyberrisques

- tout acte non autorisé, malveillant ou illégal, ou la menace d'un tel acte, impliquant l'accès à, ou le traitement, l'utilisation ou le fonctionnement de, tout système informatique,
- toute erreur ou omission impliquant l'accès à, ou le traitement, l'utilisation ou le fonctionnement de tout système informatique,
- toute indisponibilité ou défaillance partielle ou totale de l'accès, du traitement, de l'utilisation ou du fonctionnement de tout système informatique, ou
- toute perte d'utilisation, réduction de fonctionnalité, réparation, remplacement, restauration ou reproduction de toute donnée, y compris tout montant relatif à la valeur de ces données.

Exclusions générales de prestations

- Les exclusions générales suivantes sont applicables à toutes les dispositions de prestations :
- Les frais de rédaction de formulaires de demande de prestations,
- les frais qu'une loi gouvernementale interdit de couvrir, sauf dans la mesure où le gouvernement peut permettre un remboursement excédentaire,

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- les frais couverts pour le montant total par un régime d'assurance maladie provincial ou par un autre régime gouvernemental,
- les frais couverts entièrement par le régime de l'époux, comme étant celui de l'assureur principal,
- les frais couverts par la loi sur les accidents de travail,
- les frais couverts par un tiers par suite d'un litige avec le tiers,
- tout traitement cosmétique,
- tous frais liés à un changement de sexe,
- les coûts supérieurs à ce que *l'assureur* juge être un coût raisonnable et habituel,
- tout traitement déraisonnable ou inhabituel d'un état médical diagnostiqué, tel que déterminé par *l'Assureur*, et tout traitement d'un caractère expérimental,
- les frais déjà couverts/fournis par un employeur,
- Les frais engagés pour les examens médicaux de routine, les rendez-vous manqués, les examens ou le dépistage par un tiers, ou les examens d'aptitude à voyager,
- Les frais de communication ne sont pas couverts,
- Les frais médicaux encourus à la suite de blessures intentionnellement auto-infligées ou d'une tentative de suicide (que vous soyez sain d'esprit ou non),
- Les frais médicaux encourus pour des blessures et/ou des maladies résultant du comportement imprudent *d'une personne couverte* ou *d'une personne à charge* pendant *un voyage*, y compris la non-conformité intentionnelle d'un traitement médical prescrit ou une mauvaise utilisation intentionnelle de médicaments ; ou le mépris imprudent pour leur propre santé ou sécurité lors de l'exercice d'activités ou de leur traitement, ou d'accidents s'y rapportant,
- les frais médicaux encourus à la suite de la provocation d'une agression,
- les frais médicaux résultants directement ou indirectement d'une insurrection ou d'une guerre (déclarée ou non), de la participation à une émeute ou à une agitation civile, ou de la participation à tout acte de terrorisme,
- les frais encourus pour un traitement dentaire sont exclus, sauf en cas d'accident dentaire,
- les frais encourus en participant à des sports professionnels (**sport professionnel** signifie toute activité sportive, surtout lorsqu'elle est compétitive, pour laquelle un participant est payé, soit par versement direct d'argent, ou tout paiement indirect tel qu'une bourse selon laquelle les frais d'études sont offerts ou complétés pendant la période de la bourse et la participation au sport en question pour le collège ou l'université).

Les remboursements sont assujettis aux limitations suivantes :

- Le défaut de notification à l'assureur au début de tout traitement d'urgence ou le refus d'être rapatrié dans les 48 heures peuvent limiter les prestations aux frais encourus dans les 48 heures de traitement/de l'incident (sous réserve du maximum du régime).
- Les services admissibles doivent être requis pour le soulagement immédiat de douleur ou de souffrance aiguë.
- La garantie entre en vigueur lorsque vous ou votre personne à charge quittez vos provinces de résidence et se termine lors du retour à la province de résidence.
- Les frais d'ambulance aérienne ne sont admissibles que si approuvés d'avance par l'assureur et si vous devez être transporté par brancard ou si un surveillant médical doit vous accompagner. Vous devez être admis directement à un hôpital dans votre province de résidence, et vous devez soumettre les rapports ou les certificats médicaux des médecins expéditeurs et de réception. Vous devez également soumettre des preuves d'achat, y compris les reçus de billet d'avion ou autres moyens de transport aérien.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Garantie Recommandation médicale Hors de province/Hors du Canada

Sous réserve de l'indemnité maximale, du plafond journalier et de la coassurance précisés dans votre barème des prestations d'AMC, vous ou votre personne à charge admissible pouvez être admissibles aux frais engagés pour une orientation médicale vers un traitement spécial ou des services de santé à l'extérieur de votre province de résidence ou du Canada.

Approbation préalable

Une approbation préalable doit être obtenue auprès de l'assureur et de votre régime d'assurance maladie provinciale/fédérale. (Voir « Limitations et exclusions »)

Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements au sujet de la garantie de recommandation médicale, ainsi que les exigences de l'assureur, en communiquant avec « *Travel Assist* » ou avec le Département des réclamations de RWAM.

Frais de garantie Recommandation médicale admissibles

- les services et le séjour à l'hôpital, jusqu'à concurrence du tarif en vigueur pour une salle commune dans un hôpital général public
- les services médicaux/chirurgicaux rendus par un médecin ou un chirurgien autorisé
- jusqu'à 2 000 \$ pour le billet d'avion aller-retour de la personne assurée et de son compagnon de voyage (combiné, pas par personne).
- jusqu'à 150 \$ par jour pour les repas et l'hébergement pendant un maximum de 10 jours pendant qu'ils reçoivent ou se remettent d'un traitement (combiné, pas par personne).

Limitations et exclusions

- Avant de commencer tout traitement recommandé, vous devez obtenir des autorisations préalables par écrit de votre régime d'assurance maladie provinciale/fédérale **et** de l'assureur. La non-observance de cette exigence entraînera un refus de règlement. Vous devez soumettre à RWAM une lettre de la part de votre médecin traitant indiquant l'objectif de sa recommandation ainsi qu'une lettre du régime d'assurance maladie de votre province résumant sa responsabilité.
- Le traitement médical doit être nécessaire et être difficile à obtenir dans votre province de résidence.
- Aucun règlement n'est effectué si le régime d'assurance maladie de votre province couvre déjà entièrement votre recommandation médicale, ou s'ils refusent la demande de recommandation médicale.

Assurance maladie complémentaire au survivant

Lors de votre décès, chacune de vos personnes à charge couverte par l'Assurance maladie complémentaire à la date de votre décès continue à être couverte par l'Assurance maladie complémentaire pendant le nombre de mois indiqués dans votre Barème de prestations d'AMC, mais pas au-delà de :

- la date à laquelle votre personne à charge n'est plus considérée comme étant admissible, ou n'est plus considérée comme étant une personne à charge, ou,
- la date à laquelle votre employeur résilie l'Assurance maladie complémentaire de ses employés, ou,
- la date de résiliation de cette AMC en raison de la résiliation du régime ou du contrat d'avantages sociaux.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Exonération des primes en cas d'invalidité

Si, alors que vous êtes couvert par l'Assurance maladie complémentaire en vertu de ce régime d'assurance collective, vous devenez admissible à :

- soit la garantie d'exonération des primes en cas d'invalidité en vertu de votre Assurance vie de base,
- soit un versement de rente d'invalidité mensuelle tel que stipulé dans le présent livret,

vos primes d'AMC seront alors exonérées, à compter du premier du mois suivant la date d'entrée en vigueur de telles prestations d'invalidité.

Les primes seront exonérées jusqu'à la première des dates suivantes :

- la date de votre retour au travail,
- la date à laquelle vous n'avez plus droit aux autres prestations d'invalidité telles que stipulées ci-dessus,
- la date à laquelle vous devenez admissible à une assurance semblable ailleurs,
- la date à laquelle votre AMC est résiliée, pour quelque raison que ce soit, y compris, mais non limitée à la cessation de votre emploi, à la résiliation de l'assurance maladie complémentaire de ses employés en vertu de ce régime par l'employeur ou à la résiliation du régime d'assurance collective,
- la fin des 24 mois de la date à laquelle votre exonération des primes est entrée en vigueur*, ou
- la date à laquelle vous avez atteint l'âge de 65 ans**

*À la fin des 24 mois de la période d'exonération des primes, votre AMC est automatiquement résiliée, à moins que vous ne soyez effectivement de retour au travail à temps plein.

**Votre AMC est automatiquement résiliée à l'âge de 65 ans.

Demande de dommages à un tiers

Si votre demande de prestations d'AMC est le résultat d'une maladie ou d'un accident pour lequel un tiers est en tout ou en partie responsable, vous êtes dans l'obligation de prendre toutes les mesures nécessaires pour recouvrer du tiers, au nom de l'assureur, la somme totale de toutes prestations qui vous sont versées en vertu du régime d'AMC.

Vous devez signaler à l'assureur toute demande de dommages à un tiers, et conclure une convention de remboursement avec l'assureur de rembourser à partir de toute convention de dommages, les fonds considérés par l'assureur comme représentant une duplication du montant total des prestations que vous avez reçues en vertu du régime d'AMC.

AVIS CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Respect de la vie privée

En notre qualité d'administrateur de régimes d'assurance collective, nous devons recueillir et conserver en dossier certains renseignements personnels vous concernant. Nous sommes conscients que cela nous confère une importante responsabilité et c'est pourquoi nous considérons la protection des renseignements personnels comme une priorité.

Objet de votre dossier – L'objet de votre dossier, à l'intérieur de notre entreprise, est intitulé « Assurance collective (vente, administration et service) ». Les renseignements personnels vous concernant sont rassemblés dans ce dossier et sont protégés par les plus hauts standards de confidentialité.

Confidentialité – Nous ne recueillons que les renseignements nécessaires à la constitution de ce dossier aux fins de la réalisation de notre mandat. L'accès à ce dossier est réservé aux employés, aux représentants, mandataires et fournisseurs de l'entreprise qui en ont besoin pour accomplir leur travail. Les informations contenues dans ce dossier ne pourront être divulguées qu'avec votre consentement ou en conformité avec la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé.

Accès – Si vous désirez avoir accès à votre dossier, vous devez en faire la demande écrite à l'adresse suivante :

RWAM, Administrateurs d'Assurance

200-1750, rue Maurice-Gauvin,

Laval, QC H7S 1Z5

Correction – Nous vous invitons à nous informer de tout changement relatif aux renseignements pouvant être contenus dans ce dossier et, le cas échéant, à nous signaler par écrit toute rectification requise pour en assurer l'exactitude.

FOURNISSEURS

Compte en fiducie de Home Hardware

Fournit les garanties suivantes en vertu du Régime d'assurance collective en fiducie de Home Hardware :

- Assurance maladie complémentaire

La Capitale assureur de l'administration publique inc.

La Capitale couvre les garanties suivantes :

- Assurance vie de base
- Assurance vie des personnes à charge
- Assurance Invalidité de longue durée

Chubb du Canada compagnie d'assurance vie

Chubb vie couvre les produits suivants :

- Assurance décès et mutilation accidentels

Express Scripts Canada

« ESC » gère la carte de médicaments reliée au régime d'assurance médicaments en vertu de l'Assurance maladie complémentaire

AZGA Service Canada Inc. o/a Allianz Global Assistance

Allianz Global Assistance couvre les services « Travel Assist » en vertu du régime n° 7075 et gère la garantie d'assurance collective Hors de province/Hors du Canada au nom de Cumis General Insurance Company

TELUS Santé

TELUS Santé offre des services de soins de santé virtuels.

Homewood Santé

Homewood Santé offre un programme d'aide aux employés et aux familles (PAEF) par le biais de son programme Homewood Santé ^{MC}

Assurance-vie Chubb maladie grave

Assurance-vie Chubb souscrit la garantie d'assurance Maladie grave

RWAM, Administrateurs d'assurance

RWAM gère l'assurance collective et est autorisé à administrer les fonctions suivantes gouvernées par les politiques, les régimes d'assurance collective et des fournisseurs ci-dessus et doit suivre leurs directives :

- Les adhésions, les changements de bénéficiaire, les modifications d'assurance et les facturations d'assurance collective
- L'évaluation, la gestion et le règlement d'Assurance maladie complémentaire
- RWAM est un tiers administrateur d'assurance collective au nom des fournisseurs, y compris le Compte en fiducie de Home Hardware, devant suivre leurs directives. RWAM est membre en règle de l'Association Canadienne des Tiers Administrateurs.
- RWAM remplit d'autres fonctions administratives autorisées par les fournisseurs.

Les fournisseurs ci-dessus s'appliquent à la date de données indiquée ci-après et sont sous réserve de changement.



Notes