

LIVRET DES GARANTIES À L'INTENTION DES EMPLOYÉS

INTRODUCTION

Votre employeur a conclu une entente avec **L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (l'Empire Vie)** pour vous offrir un régime comportant diverses garanties d'assurance collective.

Le présent livret a été préparé afin de vous donner un sommaire des garanties et des dispositions de votre régime. Il ne constitue ni une police d'assurance collective ni un contrat d'assurance, et ne confère aucun droit contractuel ou autre. Tous les droits aux termes du présent régime sont régis uniquement par les dispositions du contrat cadre et de la législation applicable.

Advenant toute divergence entre le présent livret et la police d'assurance collective, les dispositions de la police d'assurance collective prévaudront.

Le présent livret contient des renseignements importants en ce qui concerne votre protection d'assurance collective. Les protections décrites dans ce livret représentent les protections en vigueur à la date d'impression et celui-ci remplace toutes les versions précédentes.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec votre administrateur de régime ou avec l'Empire Vie à group.csu@empire.ca ou composez sans frais le 1-800-267-0215.

Recycan Inc.

Employés syndiqués

Numéro de Police : GD264 001

Préparé par: **Sébastien Develey**
Cabinet d'assurance Banque Nationale Inc

Date d'impression: mars - 2021

TABLEAU DES GARANTIES

Période probatoire:	90 jours travaillés d'emploi
ASSURANCE VIE DE BASE	
Protection:	1 fois le salaire annuel
Protection minimum:	20 000 \$
Protection maximum:	250 000 \$
Limite sans preuve:	Pour les employés âgés de moins de 65 ans, aucune preuve d'assurabilité n'est requise. Pour les employés âgés de 65 ans et plus, une preuve d'assurabilité est requise pour les montants qui excèdent 125 000 \$.
Réduction:	L'assurance est réduite de 50 % à l'âge de 65 ans.
Cessation:	À l'âge de l'employé de 70 ans, ou à la retraite, selon la première éventualité.
Exonération des primes:	Jusqu'à 65 ans ou dès la retraite, si elle survient plus tôt.
Période relative à la profession habituelle:	2 année(s) à compter du début de toute période d'indemnisation aux fins de la définition d' "invalidité totale" dans le cadre de la garantie d'exonération des primes.
Délai d'attente:	Aux fins de la garantie d'exonération des primes. Blessure 112 jour(s) Maladie 112 jour(s)

ASSURANCE VIE FACULTATIVE

Protection:	Unités de 10 000 \$
Protection maximum:	150 000 \$
Limite sans preuve:	Une preuve d'assurabilité est requise pour tous les montants d'assurance.
Réduction:	Aucun barème de réduction.
Cessation:	À l'âge de l'employé de 65 ans, ou à la retraite, selon la première éventualité.

TABLEAU DES GARANTIES

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

Protection:	1 fois le salaire annuel
Protection minimum:	20 000 \$
Protection maximum:	250 000 \$
Limite sans preuve:	Pour les employés âgés de moins de 65 ans, aucune preuve d'assurabilité n'est requise. Pour les employés âgés de 65 ans et plus, une preuve d'assurabilité est requise pour les montants qui excèdent 125 000 \$.
Réduction:	L'assurance est réduite de 50 % à l'âge de 65 ans.
Cessation:	À l'âge de l'employé de 70 ans, ou à la retraite, selon la première éventualité.

Prestations additionnelles

Prestation pour ceinture de sécurité	Correspond à 10 % du montant d'assurance payable.
Prestation pour enfant	2 500 \$ par enfant à charge de l'employé assuré.
Prestation pour rapatriement	Maximum de 10 000 \$
Prestation pour transport d'un membre de la famille	Maximum de 5 000 \$
Prestation pour réadaptation/formation de l'employé	Maximum de 10 000 \$
Prestation pour formation professionnelle du conjoint	Maximum de 10 000 \$
Prestation pour études postsecondaires d'un enfant	Le moindre entre 5 000 \$ et 5 % du montant d'assurance, par enfant, par année, pendant un maximum de 4 ans.
Prestation pour aménagement d'une maison ou modification d'un véhicule	Maximum de 10 000 \$ pour une maison et un véhicule combiné, une seule fois la vie durant.

TABLEAU DES GARANTIES

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS FACULTATIVE

Protection:	Unités de 10 000 \$
Protection maximum:	150 000 \$
Limite sans preuve:	Une preuve d'assurabilité est requise pour tous les montants d'assurance.
Réduction:	Aucun barème de réduction.
Cessation:	À l'âge de l'employé de 65 ans, ou à la retraite, selon la première éventualité.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Protection:	Conjoint	10 000 \$
	Enfant	5 000 \$
Cessation:	À la date à laquelle l'assurance cesse pour l'employé ou à l'âge de 65 ans de l'employé, selon la première éventualité.	

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT

Protection:	Unités de 10 000 \$
Protection maximum:	150 000 \$
Limite sans preuve:	Une preuve d'assurabilité est requise pour tous les montants d'assurance.
Réduction:	Aucun barème de réduction
Cessation:	À la date à laquelle l'assurance cesse pour l'employé ou l'âge du conjoint 65, selon la première éventualité.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS FACULTATIVE DU CONJOINT

Protection:	Unités de 10 000 \$
Protection maximum:	150 000 \$
Limite sans preuve:	Une preuve d'assurabilité est requise pour tous les montants d'assurance.
Réduction:	Aucun barème de réduction
Cessation:	À la date à laquelle l'assurance cesse pour l'employé ou l'âge du conjoint 65, selon la première éventualité.

TABLEAU DES GARANTIES

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Protection:	75,00 % des gains mensuels arrondis au dollar supérieur.
Protection maximum:	8 500 \$
Délai d'attente:	Blessure 112 jour(s) Maladie 112 jour(s)
Intégration:	Prestations coordonnées avec RPC/RRQ: primaire
Période d'indemnisation:	Jusqu'à l'âge de 65 ans
Limite sans preuve:	Une preuve d'assurabilité est requise pour les montants en excédent de 7 000 \$.
Période relative à la profession habituelle:	2 an(s)
<i>Indexation sur le coût de la vie:</i>	3 %
Cessation:	À l'âge de 65 ans, moins le délai d'attente, ou à la retraite, selon la première éventualité.
Situation fiscale:	Les indemnités payables aux termes de la présente garantie sont imposables.

TABLEAU DES GARANTIES

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Période d'indemnisation - Période de 12 mois du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Assurance des survivants - 24 mois.

Cessation - À l'âge de l'employé de 70 ans, ou à la retraite, selon la première éventualité .

Pour obtenir une description et les restrictions détaillées de ces garanties, veuillez consulter la section assurance maladie complémentaire

L'Empire Vie assumera les frais admissibles (jusqu'à concurrence du moindre du maximum indiqué ci-dessous ou des **frais raisonnables et habituels**) **médicalement nécessaires** au traitement d'une maladie ou d'une blessure pour une personne assurée.

La présente police fournit une assurance maladie complémentaire à toute personne assurée qui est un résident d'une province qui offre un régime d'assurance médicaments public. L'assurance maladie complémentaire sera toutefois administrée conformément aux exigences de la loi provinciale applicable en matière d'assurance médicaments (par ex., *Loi sur l'assurance médicaments* du Québec) et respectera toute norme minimale applicable en termes de protection, telle que déterminée par l'Empire Vie.

Clé : **Réf.** – Recommandation du médecin requise
Coass. – montant de la coassurance
Franch. I/F – Franchises individuelle et familiale
Max. – Maximums et autres restrictions

Chaque personne assurée est couverte pour ce qui suit jusqu'à un maximum illimité, toute exception étant stipulée et assujettie aux dispositions relatives à l'assurance maladie complémentaire.

La franchise combinée totale pour l'assurance maladie complémentaire, par période d'indemnisation, s'élève à :

Montant individuel – 0 \$ **Montant familial** – 0 \$

Médicaments

Régime de remboursement direct	Coass.	Franch. I/F	Max.
Substitution obligatoire générique. Le régime prévoit un paiement des frais de préparation provinciaux raisonnables et habituels (assujettis à toute coassurance, à toute franchise ou à tout montant maximal) et l'employé paiera la différence.	80 %	25 \$/50 \$	
Les produits antitabagiques	80 %	25 \$/50 \$	350 \$ viager
Médicaments favorisant la fertilité	80 %	25 \$/50 \$	2 400 \$ viager

TABLEAU DES GARANTIES

Soins médicaux majeurs

	Coass.	Franch. I/F	Max.
Ambulance	80 %		
Assurance dentaire en cas d'accident	80 %		
Examen de la vue, âgés de moins de 18 ans	80 %		75 \$, 1 par 12 mois consécutifs
Examen de la vue	80 %		75 \$, 1 par 24 mois consécutifs
Prothèse auditive	80 %		500 \$ par 60 mois consécutifs
Soins infirmiers privés	80 %		10 000 \$ par période d'indemnisation
Tests de laboratoire	80 %		1 000 \$ par période d'indemnisation

Hospitalisation

	Coass.	Franch. I/F	Max.
Hôpital de convalescence	100 %		40 \$ par jour, 180 jours par demande de règlement
Hospitalisation en chambre semi-privée	100 %		

TABLEAU DES GARANTIES

Fournitures et appareils médicaux

- **Une recommandation distincte d'un médecin est nécessaire pour chaque fourniture et chaque appareil médical prescrit.** Toute demande de règlement doit être soumise dans une période de six (6) mois suivant la date de la recommandation du médecin ainsi que du diagnostic. Seuls les fournitures et les appareils **médicalement nécessaires** sont couverts en vertu de ce régime. Les fournitures et les appareils médicaux prescrits uniquement pour le confort, le sport ou les activités récréatives ne sont pas admissibles aux termes du présent régime. La compagnie se réserve le droit de demander des renseignements supplémentaires concernant toute fourniture ou tout appareil médical prescrit.
- La compagnie assumera les frais admissibles (jusqu'à concurrence du moindre du maximum indiqué ci-dessous ou des **frais raisonnables et habituels**) **médicalement nécessaires** au traitement d'une maladie ou d'une blessure pour une personne assurée.
- Avant d'acheter une fourniture ou un appareil, la personne assurée devrait communiquer avec la compagnie afin d'obtenir les frais raisonnables et habituels pour une fourniture ou un appareil ainsi que la confirmation que la fourniture ou l'appareil en question est couvert en vertu de ce régime.

	Coass.	Franch. I/F	Max.
Activateur percutané des nerfs	80 %		1 500 \$ viager
Appareil orthopédique avec soutien rigide	80 %		1 par période d'indemnisation
Bas de contention avec une force de compression de 20 mmHg ou plus	80 %		100 \$ par période d'indemnisation
Béquilles	80 %		
Chaussures orthopédiques sur mesure	80 %		200 \$ par période d'indemnisation
Fauteuil roulant électrique	80 %		3 000 \$ viager
Fauteuil roulant ordinaire	80 %		1 000 \$ viager
Fournitures pour CPAP	80 %		
Fournitures pour pompe d'insuline	80 %		
Fournitures pour stomisés	80 %		
Lecteur de glycémie	80 %		1 000 \$ viager
Lit d'hôpital	80 %		
Masque d'apnée pour CPAP	80 %		1 par période d'indemnisation
Membre artificiel; prothèse initiale	80 %		1 par viager
Membre artificiel; réparation et remplacement	80 %		1 000 \$ par période d'indemnisation
Moniteur d'apnée (CPAP)	80 %		2 000 \$, 1 par 60 mois consécutifs
Oeil artificiel; prothèse initiale	80 %		1 par viager
Oeil artificiel; réparation et remplacement	80 %		1 000 \$ par période d'indemnisation
Orthèses du pied sur mesure	80 %		200 \$ par période d'indemnisation
Perruque, à la suite d'une chimiothérapie	80 %		500 \$ viager
Pompe d'insuline	80 %		4 000 \$ par 60 mois consécutifs
Prothèse mammaire externe	80 %		1 par période d'indemnisation
Respirateur à pression positive intermittente	80 %		
Soutiens-gorge thérapeutiques	80 %		2 par période d'indemnisation
Tensiomètre	80 %		100 \$ viager
Viscosuppléance	80 %		600 \$ par période d'indemnisation

TABLEAU DES GARANTIES

Praticiens paramédicaux

Les législations provinciales et territoriales précisent quels sont les praticiens paramédicaux réglementés pour chaque province ou territoire. Lorsque les praticiens paramédicaux ne sont pas réglementés, l'Empire Vie a déterminé le niveau d'éducation, la formation et/ou l'affiliation professionnelle requis.

Des frais raisonnables et habituels et une limite d'une visite par jour s'appliquent à chaque service paramédical.

L'Empire Vie ne versera aucun paiement pour des fournitures ou des services achetés auprès d'un fournisseur ou reçu d'un fournisseur qu'elle n'a pas approuvé.

TABLEAU DES GARANTIES

- Tous les praticiens paramédicaux sont combinés pour chaque personne assurée jusqu'à un maximum de 1 000 \$ par année d'indemnisation.

	Réf.	Coass.	Franch. I/F	Max.
Acupuncteur		80 %		750 \$ par période d'indemnisation sous réserve de tout maximum combiné, tel qu'indiqué ci-dessus par période d'indemnisation.
Audiologiste		80 %		750 \$ par période d'indemnisation sous réserve de tout maximum combiné, tel qu'indiqué ci-dessus par période d'indemnisation.
Chiropraticien		80 %		750 \$ par période d'indemnisation sous réserve de tout maximum combiné, tel qu'indiqué ci-dessus par période d'indemnisation.
Diététicien diplômé		80 %		750 \$ par période d'indemnisation sous réserve de tout maximum combiné, tel qu'indiqué ci-dessus par période d'indemnisation.
Ergothérapeute		80 %		750 \$ par période d'indemnisation sous réserve de tout maximum combiné, tel qu'indiqué ci-dessus par période d'indemnisation.
Massothérapeute		80 %		750 \$ par période d'indemnisation sous réserve de tout maximum combiné, tel qu'indiqué ci-dessus par période d'indemnisation.
Naturopathe		80 %		750 \$ par période d'indemnisation sous réserve de tout maximum combiné, tel qu'indiqué ci-dessus par période d'indemnisation.
Orthophoniste		80 %		750 \$ par période d'indemnisation sous réserve de tout maximum combiné, tel qu'indiqué ci-dessus par période d'indemnisation.
Ostéopathe		80 %		750 \$ par période d'indemnisation sous réserve de tout maximum combiné, tel qu'indiqué ci-dessus par période d'indemnisation.
Physiothérapeute		80 %		750 \$ par période d'indemnisation sous réserve de tout maximum combiné, tel qu'indiqué ci-dessus par période d'indemnisation.
Podiatre		80 %		750 \$ par période d'indemnisation sous réserve de tout maximum combiné, tel qu'indiqué ci-dessus par période d'indemnisation.
Podologue		80 %		750 \$ par période d'indemnisation sous réserve de tout maximum combiné, tel qu'indiqué ci-dessus par période d'indemnisation.
Psychologue clinicien agréé		80 %		750 \$ par période d'indemnisation sous réserve de tout maximum combiné, tel qu'indiqué ci-dessus par période d'indemnisation.
Travailleur social (M. Serv. Soc. exigée)		80 %		750 \$ par période d'indemnisation sous réserve de tout maximum combiné, tel qu'indiqué ci-dessus par période

TABLEAU DES GARANTIES

d'indemnisation.

Soins de la vue

Maximums :

- Lunettes (incluant les lunettes - vision simple et les lunettes de protection), lunettes bifocales, lunettes trifocales, la chirurgie ophtalmique au laser et verres de contact sont soumis à un **maximum combiné de 200 \$ par 24 mois consécutifs**
- Verres de contact - spéciaux (pour cicatrisation sévère de la cornée, kératocône ou aphakie) sont soumis à un **maximum de 200 \$ par 24 mois consécutifs**

Coassurance :

- **100 %** sur les procédures couvertes énumérées ci-dessous, à moins d'indication contraire

Franchise :

- Aucune franchise ne s'applique aux procédures couvertes indiquées ci-dessous

Les procédures couvertes :

- Chirurgie ophtalmique au laser
- Lunettes (incluant les lunettes - vision simple et lunettes de protection)
- Lunettes bifocales
- Lunettes trifocales
- Verres de contact
- Verres de contact - spéciaux (pour cicatrisation sévère de la cornée, kératocône ou aphakie)

Protection à l'extérieur de la province de résidence

À l'extérieur de la province de résidence - protection en cas d'urgence à l'extérieur de la province de résidence – 5 000 000 \$ maximum viager (combiné)

- une période est composée de 60 jours continus depuis la date du départ.
- Les services du programme d'assistance d'urgence en cours de voyage sont offerts seulement aux personnes assurées qui voyagent par affaires ou à des fins personnelles à l'extérieur de leur province de résidence.

	Coass.	Franch. I/F	Max.
Hôpital, hors-province	100 %	0 \$/0 \$	
Hors-pays	100 %	0 \$/0 \$	
Hors-province, autres frais	100 %	0 \$/0 \$	
Hors-province, soins en clinique externe	100 %	0 \$/0 \$	
Médecin, hors-province	100 %	0 \$/0 \$	
Rapatriement des enfants à charge	100 %	0 \$/0 \$	
Rapatriement du défunt	100 %	0 \$/0 \$	
Retard en cours de voyage	100 %	0 \$/0 \$	
Retour d'un véhicule	100 %	0 \$/0 \$	
Transport médical	100 %	0 \$/0 \$	
Visite d'un membre de la famille - voyage	100 %	0 \$/0 \$	
Visite d'un membre de la famille - repas/hébergement	100 %	0 \$/0 \$	200 \$ par jour

TABLEAU DES GARANTIES

Protection pour recommandation médicale à l'extérieur de la province de résidence – 15 000 \$ maximum viager (combiné)

	Coass.	Franch. I/F	Max.
Hors-province, autre, référé	80 %		
Hors-province, hôpital référé	80 %		150 \$ par jour
Hors-province, médecin référé	80 %		

TABLEAU DES GARANTIES

SERVICES ADDITIONNELS

Vous ainsi que les personnes à votre charge, s'il y a lieu, pourriez avoir accès à des services additionnels de santé et de mieux-être, comme déterminé par l'Empire Vie. Ces services sont offerts par des tiers fournisseurs. Vous pourriez devoir communiquer directement avec le tiers fournisseur pour demander ces services, comme spécifié par l'Empire Vie. Vous pourriez avoir à assumer certains frais forfaitaires liés au service.

La disponibilité des services additionnels n'est pas garantie et est déterminée par l'Empire Vie. L'Empire Vie se réserve le droit de changer ou de retirer ces services en tout temps sans avis préalable.

L'Empire Vie décline toute responsabilité et ne peut être tenue responsable en ce qui concerne : (i) tout service additionnel qui vous est offert ou est offert aux personnes à votre charge, (ii) tous frais que vous ou les personnes à votre charge avez engagés relativement à ces services, (iii) tout traitement reçu relativement à ces services et/ou (iv) toute action ou omission des tiers fournisseurs.

Des renseignements concernant les services additionnels peuvent être disponibles sur le site Web de l'Empire Vie.

Réseau Best Doctors[™]

Les employés et les personnes à leur charge admissibles ont accès aux services du Réseau Best Doctors pour les aider à trouver un spécialiste, à demander un deuxième avis médical et à obtenir une copie de leur dossier médical. Pour utiliser ce service, communiquez avec le Réseau Best Doctors au 1 877 419-2378 ou en ligne sur le portail du Réseau Best Doctors à bestdoctors.com/canada/lancer.

Guichet d'accès en santé mentale

Le Réseau Best Doctors[™] offre aux employés et aux personnes à leur charge admissibles le Guichet d'accès en santé mentale. Les experts en santé mentale offrent, dans le cadre de ce service virtuel, un soutien afin de vous aider à déterminer si vous avez le bon diagnostic ou le bon plan de traitement. Pour utiliser ce service, communiquez avec le Réseau Best Doctors au 1 877 419-2378 ou en ligne sur le portail du Réseau Best Doctors à bestdoctors.com/canada/navigator-fr.

Télémédecine

Teladoc[™] procure aux employés couverts par un régime d'assurance collective ainsi qu'aux personnes à leur charge admissibles un accès virtuel à des médecins autorisés au Canada. Ce service est accessible en tout temps. Teladoc peut vous aider à traiter divers problèmes de santé, notamment la grippe, les allergies, les éruptions cutanées et plus, par téléphone ou par vidéoconférence. Les médecins de Teladoc peuvent fournir une ordonnance, au besoin. Ils ne prescrivent aucun narcotique, de médicaments contrôlés ni de médicaments à visée non thérapeutique, et ne traiteront aucun problème urgent.

Les participants d'un régime d'assurance maladie complémentaire peuvent créer leur profil auprès de Teladoc de l'une des trois façons suivantes : en téléchargeant l'application du service de télémédecine de Teladoc, en visitant teladoc.ca ou en composant le 1 888 983-5236.

Mise en garde

Les déclarations concernant Teladoc sont celles de Teladoc Health Inc., et non celles de l'Empire Vie. Tous droits réservés. © 2020 Teladoc Health, Inc. Teladoc et le logo de Teladoc sont des marques déposées de Teladoc Health Inc. et sont utilisés sous licence. Teladoc et les médecins de Teladoc sont des entrepreneurs indépendants, et non des agents de l'Empire Vie. Toutes les déclarations concernant les services du Réseau Best Doctors sont celles de Best Doctors, Inc. et non celles de

TABLEAU DES GARANTIES

L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. Le Réseau Best Doctors^{MD} et les marques de commerce connexes affichées sont des marques de commerce de Best Doctors, Inc.

^{MD} Marque déposée de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. Les polices sont établies par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

GÉNÉRALITÉS

ADMISSIBILITÉ

Vous êtes admissible à la protection aux termes du présent régime si :

- vous avez satisfait à la période probatoire;
- vous n'avez pas atteint l'âge de cessation comme indiqué au Tableau des garanties pour chacune des garanties; et
- vous êtes effectivement au travail.

PREUVE D'ASSURABILITÉ

Si l'Empire Vie reçoit votre demande de protection par écrit dans les 31 jours qui suivent la date de votre admissibilité, celle-ci exigera une preuve d'assurabilité seulement pour les montants en excédent des limites sans preuve respectives, comme indiqué au Tableau des garanties.

Si l'Empire Vie reçoit votre demande de protection par écrit plus de 31 jours après la date de votre admissibilité à la protection, et que la police est à adhésion obligatoire, les primes sont payables à compter de la date à laquelle vous êtes devenu admissible. Toutefois, si la police est à adhésion facultative, vous devrez présenter une preuve d'assurabilité pour toutes les assurances. La protection ne prendra effet que lorsque l'Empire Vie aura revu et approuvé une telle preuve d'assurabilité. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter l'administrateur de votre régime ou votre service des ressources humaines.

COORDINATION DES INDEMNITÉS

Si votre régime comprend l'assurance maladie complémentaire, l'assurance dentaire, l'assurance Assistance vitale (pour les frais médicaux) ou le compte de dépenses de santé et que vous ou les personnes à votre charge êtes admissibles à des indemnités en vertu du présent régime et de tout autre régime pour les mêmes frais, le montant payable sera coordonné et/ou réduit en vertu du présent régime, de sorte que le montant total accordé en vertu de tous les régimes ne soit pas supérieur au montant des frais effectivement engagés. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime ou votre service des ressources humaines.

PRESCRIPTION DES ACTIONS

Toute action ou poursuite intentée contre un assureur pour recouvrer des sommes payables dans le cadre d'un contrat (cette police) est absolument non avenue, à moins qu'elle n'ait débutée pendant le délai prévu par la Loi sur les assurances (pour la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Manitoba), la Loi de 2002 sur la prescription des actions (Ontario) ou toute autre législation applicable (pour les autres provinces et territoires).

CESSATION D'UNE PROTECTION

Vos garanties prennent fin dès que :

- votre emploi prend fin; ou
- les primes ne sont plus remises en votre nom; ou
- la police prend fin; ou

vous ne répondez plus à l'une ou à plusieurs des exigences d'admissibilité précitées.

PAIEMENT DES INDEMNITÉS

Soumission des demandes de règlement

Lorsque vous souhaitez présenter une demande de règlement, veuillez consulter votre employeur qui vous remettra les formulaires nécessaires et vous expliquera comment soumettre une demande de règlement. Vous devez garder toutes vos factures et tous vos reçus originaux pour soins médicaux puisqu'il vous faudra les fournir à titre de preuve de demande de règlement.

Dans la mesure du possible, vous devrez soumettre promptement le formulaire de demande de règlement dûment rempli, ainsi que l'original des factures ou reçus (**pas de photocopies**). L'Empire Vie doit être avisée dans les 31 jours qui suivent tout événement donnant lieu à une demande de règlement, ou dans les 45 jours lorsque vous êtes absent du travail en raison d'une invalidité.

Période de soumission des demandes de règlement

La preuve requise pour toute demande de règlement décès ou invalidité doit être présentée dans les 90 jours. Pour les demandes de règlement d'assurance maladie complémentaire ou dentaire, les formulaires de demande de règlement doivent être présentés dans les 365 jours qui suivent la date à laquelle les frais ont été engagés ou, si la police prend fin, dans les 90 jours qui suivent la cessation de la police, selon la première des éventualités à survenir. Pour les demandes de règlement de l'assurance Assistance vitale, vous devez soumettre les formulaires pour la demande de règlement initiale dans les neuf mois suivant la date d'admissibilité de votre demande de règlement. De plus, vous devez soumettre les demandes de règlement pour le montant d'indemnisation pour frais médicaux au cours de la période d'indemnisation pour frais médicaux ou dans les 90 jours qui suivent la cessation de la garantie. Vous disposez de 90 jours à compter de la date du diagnostic pour soumettre les formulaires initiaux de demande de règlement et toute preuve requise pour toute maladie grave en vertu de toutes les autres protections en cas de maladies graves.

Si votre régime comprend un compte de dépenses de santé (CDS), vous devez soumettre les formulaires de demande de règlement pendant la période d'indemnisation courante (ou la période du solde reportable ou la période de report des frais, si applicable, et sous réserve de tout délai de grâce du CDS) ou dans les 90 jours qui suivent votre cessation d'emploi ou votre retraite dans le cadre du régime. Si la garantie prend fin, aucune demande de règlement liée au CDS ne sera traitée ou payée après la date de la cessation (à moins que l'Empire Vie n'ait reçu la demande de règlement avant la date de la cessation).

Pour les demandes de règlement d'assurance maladie complémentaire relativement à des frais engagés à l'extérieur de votre province de résidence, vous devez présenter d'abord une demande de règlement à votre régime d'assurance maladie provincial, puis joindre une copie du paiement accordé par votre régime provincial à votre formulaire de demande de règlement à l'Empire Vie.

Toutefois, si votre régime comprend une protection en cas d'urgence à l'étranger et que vous avez une urgence en cours de voyage, une assistance vous est offerte 24 heures sur 24 en composant l'un des numéros de téléphone figurant sur votre carte des garanties et en vous identifiant à l'aide des renseignements figurant sur la carte. Un opérateur de Allianz Global Assistance vous répondra.

Paiement

L'Empire Vie versera les indemnités à la réception de la preuve de la demande de règlement. Elle versera toute prestation de décès au bénéficiaire désigné, s'il est vivant; sinon, elle la versera généralement à la succession. Elle versera toute autre indemnité selon les directives que vous avez indiquées sur le formulaire de demande de règlement. De plus, l'Empire Vie peut également, à sa discrétion et selon vos directives, verser les indemnités d'assurance maladie complémentaire au praticien paramédical participant qui a fourni les services ou les traitements paramédicaux assurés conformément au programme de remboursement direct de l'assurance maladie complémentaire.

***Important :** *Dans certaines circonstances, les indemnités d'assurance maladie complémentaire et pour les frais médicaux (assurance Assistance vitale) peuvent ne pas être accordées avant que le régime d'assurance maladie provincial visé ait versé son maximum annuel. Vous pouvez obtenir plus de détails auprès de votre administrateur de régime ou de votre service des ressources humaines.

Demandes de règlement fausses ou frauduleuses

L'Empire Vie se réserve le droit de vérifier toute demande de règlement à tout moment, même si le paiement a déjà été versé, et de prendre toutes les mesures nécessaires pour déceler et examiner la soumission de demandes de règlement fausses ou frauduleuses en vertu de cette police.

Nonobstant toute autre disposition de la police, l'Empire Vie pourrait suspendre tous les droits et toutes les garanties de l'employé assuré et des personnes à sa charge en vertu de la police, sans avis préalable, dès que l'Empire Vie 1) ouvre une enquête concernant une demande de règlement; 2) découvre une irrégularité dans une demande de règlement; ou 3) reçoit une demande de règlement comprenant tout renseignement incorrect, inexact, incomplet ou trompeur qui est important dans le cadre de cette demande.

Si l'Empire Vie détermine de façon raisonnable que l'assuré :

- (a) a soumis une demande de règlement, ou a autorisé la soumission de celle-ci, qui contient tout renseignement incorrect, inexact, incomplet ou trompeur qui est important dans le cadre de cette demande; ou
- (b) n'a pas coopéré de bonne foi au cours de l'enquête de l'Empire Vie portant sur la demande de règlement; ou
- (c) n'a pas été en mesure de présenter de preuves jugées satisfaisantes par l'Empire Vie pour appuyer la demande de règlement,

L'Empire Vie peut, à sa discrétion raisonnable et sans préavis, annuler immédiatement tous les droits et toutes les garanties de l'employé assuré et des personnes à sa charge en vertu de la police.

Si l'employé assuré a déjà reçu le règlement, l'Empire Vie peut exercer tout droit prévu en vertu de la police, et peut récupérer tout montant indûment perçu de toute indemnité payable à l'employé assuré en vertu de toute disposition de la police. L'Empire Vie se réserve le droit d'engager des poursuites pénales ou d'intenter des poursuites au civil.

ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

À l'Empire Vie, nous établissons des dossiers médicaux, d'adhésion et de règlement afin de déterminer le montant de protection auquel vous et/ou vos personnes à charge (s'il y a lieu) êtes admissibles et de traiter toute demande de règlement que vous et vos personnes à charge pourriez présenter. Les renseignements contenus dans ces dossiers, qui sont utilisés par divers services, permettent de vous identifier, vous et/ou vos personnes à charge. Toutefois, tout dossier qui renferme vos renseignements médicaux est accessible seulement aux personnes autorisées de notre Service de la sélection des risques médicaux et de notre Service des règlements.

Sous réserve des exceptions prévues par la loi applicable, vous pouvez accéder à vos dossiers en personne à notre siège social, en présentant une pièce d'identification appropriée, ou en nous faisant parvenir une demande écrite à notre siège social. Vous avez le droit de faire rectifier tout renseignement de votre dossier qui serait inexact (selon les circonstances, des pièces justificatives pourraient être demandées) et demander que des renseignements soient reproduits et vous soient remis moyennant des frais raisonnables. Si vous préférez, vous pouvez communiquer avec votre bureau d'assurance collective afin que celui-ci transmette votre demande à notre siège social à Kingston, Ontario. Vous pouvez obtenir les numéros de téléphone et les adresses postales de notre siège social et de votre bureau d'assurance collective auprès de l'administrateur de votre régime.

Vous pouvez demander une copie de votre demande d'adhésion d'assurance collective et de tout document ou tout avis écrit qui ne font pas partie intégrante de la demande et que vous avez soumis à l'Empire Vie comme preuve d'assurabilité. Sous réserve d'un préavis raisonnable, vous pouvez également obtenir une copie de votre police d'assurance collective. Nous ne facturerons aucuns frais pour la première copie, mais nous pourrions exiger des frais pour les copies subséquentes.

ASSURANCE VIE

MONTANT D'ASSURANCE

Le montant de votre assurance vie de base figure au tableau des garanties. Vous pourriez devoir présenter une preuve d'assurabilité. Si tel était le cas, vous serez assuré seulement pour la limite sans preuve jusqu'à l'approbation d'une telle preuve.

Vous avez la possibilité de souscrire une assurance vie facultative, comme il est indiqué au tableau des garanties. L'administrateur de votre régime pourra vous indiquer le coût d'une telle assurance facultative.

Si vous êtes intéressé, vous devrez remplir une déclaration d'état de santé, et votre assurance facultative n'entrera en vigueur que lorsque l'Empire Vie aura approuvé la preuve d'assurabilité que vous lui aurez fournie.

PRESTATION DE DÉCÈS

Advenant votre décès, le montant d'assurance vie à votre endroit est accordé sous forme de versement unique au dernier bénéficiaire que vous avez désigné.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Votre bénéficiaire sera celui que vous aurez désigné dans votre demande d'adhésion individuelle d'assurance collective, ou, s'il y a lieu, dans le cadre de la protection que vous déteniez auprès d'un autre assureur. Si la désignation de bénéficiaires provient de votre ancienne protection, nous vous recommandons de passer en revue cette information afin de vous assurer que celle-ci reflète vos intentions actuelles. La désignation la plus récente s'appliquera.

Vous pouvez désigner la personne que vous désirez à titre de bénéficiaire, et vous pouvez changer votre bénéficiaire en tout temps, sous réserve de la législation de votre province, en présentant un avis écrit à l'Empire Vie. Si vous ne désignez pas de bénéficiaire ou que votre bénéficiaire décède avant vous, la prestation de décès sera versée à votre succession.

EXONÉRATION DES PRIMES

Si vous devenez totalement invalide, comme il est défini ci-après, vous pourriez avoir droit au maintien de votre assurance vie jusqu'à ce que vous atteigniez l'âge de 65 ans sans qu'aucun paiement de prime ne soit requis. Pour être admissible, vous devez être devenu invalide avant votre 65e anniversaire de naissance ou le début de votre retraite, selon la première de ces éventualités à survenir et vous devez avoir été incapable de travailler pendant le délai d'attente, comme il est indiqué au Tableau des garanties, avant que la prime ne soit exonérée.

"Invalidité totale/totalement invalide" s'entend, pendant le délai d'attente et la période relative à la profession habituelle, s'il y a lieu, comme indiqué au Tableau des garanties, d'un état d'invalidité continue qui est le résultat d'une blessure ou d'une maladie qui vous empêche totalement d'accomplir les tâches essentielles de votre profession habituelle sur votre lieu de travail ou tout autre lieu de travail. Après l'expiration de la période relative à la profession habituelle, s'il y a lieu, elle s'entend d'un état d'invalidité continue résultant d'une blessure ou d'une maladie qui vous empêche totalement d'avoir une occupation lucrative ou d'effectuer contre rémunération ou profit tout travail qui vous convient raisonnablement compte tenu de votre éducation, de votre formation ou de votre expérience.

L'Empire Vie ne tiendra pas compte de la disponibilité de travail dans l'évaluation de votre invalidité totale.

Si vous devez détenir un permis ou une licence, incluant un permis de conduire, pour effectuer vos tâches, l'Empire Vie ne vous tiendra pas pour totalement invalide seulement parce que ce permis ou cette licence vous a été retiré ou n'a pas été renouvelé.

PRESTATION VERSÉE DU VIVANT DE L'ASSURÉ

Si vous êtes âgé(e) de moins de 62 ans, que vous souffrez d'une maladie en phase terminale avec une espérance de vie de moins de 24 mois et que vous avez obtenu l'exonération des primes ci-dessus, vous pourriez être admissible à la prestation versée du vivant de l'assuré. La prestation versée du vivant de l'assuré est une avance d'une partie du montant de votre protection d'assurance vie de base décrite à la page du Tableau des garanties.

La prestation versée du vivant de l'assuré représente 50 % du montant de votre protection d'assurance vie de base jusqu'à concurrence de 50 000 \$.

À votre décès, la prestation de décès sera équivalente au montant de l'assurance le jour de votre décès moins la prestation versée du vivant de l'assurée ainsi que l'intérêt accumulé sur cette somme.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si vous quittez le service de votre employeur pendant que la police d'assurance collective est en vigueur ou vous êtes âgé de 65 ans, vous pouvez transformer toute partie de votre assurance vie, sans avoir à subir d'examen médical, en toute police individuelle ordinaire d'assurance permanente à primes nivelées, temporaire uniforme jusqu'à 65 ans ou temporaire un an alors offerte par l'Empire Vie, pourvu que la proposition pour une telle police transformée soit remplie dans les 31 jours suivant la date à laquelle vous quittez votre emploi. Le montant est limité au moindre des montants suivants :

- a) le montant de votre assurance vie jusqu'à concurrence de 200 000 \$ (ou le montant requis par la législation provinciale, s'il y a lieu); et
- b) la différence entre le montant de votre assurance vie en vigueur lorsque vous quittez votre emploi et le montant d'assurance vie auquel vous êtes ou devenez admissible pendant la période de transformation de 31 jours.

EXCLUSIONS

Si votre décès découle d'un suicide ou de toute blessure ou maladie que vous vous êtes infligée, que vous soyez ou non sain d'esprit à ce moment, l'assurance vie facultative de l'employé aux termes de la présente garantie n'est jamais versée si un tel décès survient :

- a) dans les deux (2) années qui suivent la date d'effet de l'assurance vie facultative de l'employé, ou
- b) dans les deux (2) années qui suivent la date d'effet de chaque augmentation du montant d'assurance vie facultative de l'employé.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

Définitions

Aux fins de la présente garantie,

"Accident" s'entend d'un événement externe, inattendu, involontaire, violent, soudain et unique qui cause une perte, indépendamment de toute autre cause.

"Montant d'assurance" s'entend de la somme de l'assurance décès et mutilation accidentels de base et de l'assurance décès et mutilation accidentels facultative, s'il y a lieu, indiqué au Tableau des garanties.

"Perte" s'entend (telle qu'établie dans le Tableau des pertes et qui peut être une perte d'usage) :

- pour ce qui est des mains ou des pieds, de l'amputation complète au niveau ou au-dessus du poignet ou de la cheville;
- pour ce qui est des yeux, de la perte entière et irrémédiable de la vue à laquelle aucun traitement chirurgical ou autre ne peut remédier;
- pour ce qui est des bras et des jambes, de l'amputation complète au niveau ou au-dessus du coude ou du genou;
- pour ce qui est du pouce et de l'index, de l'amputation complète au niveau ou au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne;
- pour ce qui est de la parole, de la perte totale et irrémédiable de la capacité de parler de façon intelligible; et
- pour ce qui est de l'ouïe, de la perte entière et irrémédiable de toute faculté auditive.

"Perte d'usage" s'entend, pour ce qui est des bras, des mains, des jambes et des pieds, de la perte totale de la capacité d'exécuter tous les mouvements qu'il était possible d'exécuter avec de tels membres avant l'accident. La perte d'usage doit être complète et irrémédiable.

Le montant d'assurance payable à la suite de la perte de la vue, de la parole ou de l'ouïe et/ou de la perte d'usage d'un membre ou segment de ce membre n'est versé qu'après que la perte a duré sans interruption pendant 12 mois, et pourvu qu'elle soit considérée comme permanente et qu'aucune intervention chirurgicale ni autres moyens ne puissent y remédier.

"Véhicule motorisé" s'entend d'un véhicule qui est tiré, propulsé ou dirigé par un moyen autre que la force musculaire, incluant mais sans s'y limiter, une automobile, une motocyclette, un bateau, une motoneige, un véhicule tout-terrain, une motomarine ou de l'équipement agricole.

"Abus de substance" s'entend, mais sans s'y limiter, de : (i) l'abus de médicaments (sur ou sans ordonnance), de drogues ou d'alcool; (ii) l'usage de drogues ou de produits illicites ou expérimentaux; (iii) toute autre toxicomanie ou dépendance aux drogues; et (iv) toute condition découlant de l'abus de médicaments, de drogues ou d'alcool.

Exposition et disparition

Si, en raison d'un accident, vous vous retrouvez inévitablement exposé aux éléments et que, par suite de cette exposition, vous subissez une perte pour laquelle une indemnité serait normalement versée, cette perte sera couverte en vertu de la présente garantie.

Dans le cas où vous disparaîtriez et que votre corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours de la disparition, l'atterrissage forcé, l'échouement, le naufrage ou la collision du véhicule dans lequel vous preniez place, nous présumerons, sous réserve de l'absence de preuve à l'effet contraire et de toute autre disposition de la présente garantie, que vous avez perdu la vie en raison d'un accident.

Paiement de la prestation

Si vous êtes assuré(e) en vertu de la présente garantie et que vous subissez une perte, nous verserons une indemnité telle que prescrite dans le Tableau des pertes. Lorsque plus qu'une perte résulte d'un même accident, seule une prestation sera payable. Le montant d'assurance payable correspondra à la perte qui donnera lieu à la prestation la plus élevée.

La prestation payable à la suite de la perte de la vue, de la parole ou de l'ouïe et/ou de la perte d'usage d'un membre ou segment de ce membre n'est versée qu'après que la perte a duré sans interruption pendant douze (12) mois et pourvu qu'elle soit considérée comme permanente et qu'aucune intervention chirurgicale ni autres moyens ne puissent y remédier.

Exonération de la prime

L'Empire Vie renonce à la prime exigible en vertu de la présente garantie au cours de la période pendant laquelle elle renonce également à la prime exigible en vertu de l'assurance vie de l'employé en raison de l'invalidité totale de celui-ci.

Tableau des pertes et du pourcentage à verser

Quel que soit l'accident, la somme exigible sera celle correspondant à la perte qui procure la prestation la plus élevée.

Pour la perte :

De la vie	100 % du montant d'assurance
Des deux pieds	100 % du montant d'assurance
D'une main et d'un pied	100 % du montant d'assurance
Des deux mains	100 % du montant d'assurance
D'une main et de la vue d'un œil	100 % du montant d'assurance
D'un pied et de la vue d'un œil	100 % du montant d'assurance
Des deux jambes	100 % du montant d'assurance
Des deux bras	100 % du montant d'assurance
D'un bras	75 % du montant d'assurance
D'un pied	75 % du montant d'assurance
D'une main	75 % du montant d'assurance
D'une jambe	75 % du montant d'assurance
De 4 doigts de la même main	33 % du montant d'assurance
Du pouce et de l'index de la même main	33 % du montant d'assurance
De 4 orteils du même pied	33 % du montant d'assurance

Pour la perte d'usage :

Des membres supérieurs et inférieurs (quadriplégie)	200 % du montant d'assurance
Des deux jambes (paraplégie)	200 % du montant d'assurance
Des membres supérieur et inférieur du même côté du corps (hémiplégie)	200 % du montant d'assurance
Des deux bras (paralysie des membres supérieurs)	200 % du montant d'assurance
Des deux pieds	100 % du montant d'assurance
Des deux mains	100 % du montant d'assurance
De la vision des deux yeux	100 % du montant d'assurance
De la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 % du montant d'assurance
De l'ouïe des deux oreilles	75 % du montant d'assurance
De la vue d'un oeil	75 % du montant d'assurance
De la parole	75 % du montant d'assurance
D'un bras	75% du montant d'assurance
D'une jambe	75 % du montant d'assurance
D'un pied	75 % du montant d'assurance
D'une main	75 % du montant d'assurance
De l'ouïe d'une oreille	25 % du montant d'assurance

Prestations additionnelles**Prestation pour ceinture de sécurité**

Si vous subissez une perte qui donne droit au versement d'une prestation en vertu de la présente garantie, l'Empire Vie versera une prestation additionnelle pour ceinture de sécurité si l'employé assuré est blessé ou décède alors qu'il est passager ou conducteur d'une automobile et qu'il porte une ceinture de sécurité attachée de façon appropriée. La vérification de l'utilisation de la ceinture de sécurité doit faire partie du rapport officiel de l'accident qui a entraîné la perte pour que cette prestation soit payable. Le montant payable à titre de prestation pour ceinture de sécurité, ainsi que toute restriction du montant payable, sont indiqués au tableau des garanties pour la présente garantie.

Prestation pour enfant

Si le décès d'un employé assuré résulte directement d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie, en plus du montant d'assurance payable, l'Empire Vie versera au bénéficiaire une prestation pour enfant forfaitaire (sous réserve des restrictions ci-dessous) pour chaque enfant à charge de l'employé assuré.

La prestation pour enfant est soumise aux restrictions suivantes :

- 1) Si la prestation pour enfant est payable, aucune prestation pour enfant ne sera payable en vertu des dispositions d'assurance décès et mutilation accidentels des personnes à charge ou d'assurance décès et mutilation accidentels du conjoint de la présente police; et
- 2) Le montant payable est indiqué au tableau des garanties pour la présente garantie et soumis à tout maximum prévu dans ce tableau.

Prestation pour rapatriement

Si le décès d'un employé assuré résulte directement d'un accident survenu à 100 kilomètres ou plus de son lieu de résidence habituelle, ce qui donne droit au versement d'une prestation en vertu de la présente garantie, l'Empire Vie paiera (sous réserve des restrictions ci-après) un montant raisonnable et habituel pour 1) la préparation du corps de l'employé assuré décédé à l'enterrement ou à la crémation, et 2) le transport de la dépouille de l'employé assuré décédé jusqu'au premier endroit choisi (incluant, mais sans s'y limiter, un salon funéraire) à proximité de la résidence habituelle de l'employé assuré décédé. Le montant payable sera versé au bénéficiaire de l'employé assuré.

La prestation pour rapatriement est soumise aux restrictions suivantes :

- 1) Les frais doivent être engagés dans les 12 mois qui suivent la date de l'accident qui a entraîné le décès afin d'être admissibles à un remboursement;
- 2) La prestation est soumise au maximum au titre de la prestation pour rapatriement indiqué au tableau des garanties pour la présente garantie; et
- 3) La prestation est payable seulement dans la mesure où elle n'est pas prévue par une autre disposition de la présente police.

Prestation pour transport d'un membre de la famille

Si, en conséquence directe d'un accident, un employé assuré subit une perte qui donne droit au versement d'une prestation en vertu de la présente garantie et est confiné à un hôpital situé à 100 kilomètres ou plus de son lieu de résidence habituelle, l'Empire Vie paiera les frais engagés pour l'hébergement, les repas et le transport (sous réserve des restrictions ci-après) d'un membre de la famille immédiate, à condition que les frais soient :

- a) raisonnables et nécessaires, selon l'Empire Vie,
- b) dans le cas des frais d'hébergement, pour un hôtel à proximité de l'hôpital;
- c) engagés dans les 12 mois qui suivent la date de l'accident qui a entraîné la perte, et
- d) pour les déplacements par l'itinéraire aller-retour le plus direct et économique entre l'hôtel et l'hôpital.

La prestation pour transport d'un membre de la famille est soumise aux restrictions suivantes :

- 1) Un membre de la famille immédiate s'entend de la mère, du père, du conjoint, d'un enfant, d'un frère ou d'une soeur de l'employé assuré;
- 2) Si le déplacement se fait autrement que par un moyen de transport autorisé à transporter des passagers payants, les frais engagés seront remboursés à un taux par kilomètre parcouru, déterminé par l'Empire Vie;
- 3) l'Empire Vie verse cette prestation seulement dans la mesure où les frais admissibles pour l'hôtel, les repas et les déplacements ne sont pas couverts par une autre disposition de la présente police; et
- 4) Le montant payable est soumis au maximum au titre de la prestation pour transport d'un membre de la famille indiqué au tableau des garanties pour la présente garantie.

Prestation pour réadaptation/formation de l'employé

Si l'employé assuré subit une perte qui donne droit au versement d'une prestation en vertu de la présente garantie, l'employé assuré peut demander une prestation pour réadaptation/formation de l'employé afin de couvrir les frais engagés (sous réserve des restrictions ci-après) pour sa participation à un programme de réadaptation professionnelle, pourvu que :

- a) la perte ait entraîné l'incapacité de l'employé assuré à accomplir de façon substantielle toutes les tâches essentielles de sa profession habituelle;
- b) la perte requiert que l'employé assuré reçoive une formation spécialisée afin de pouvoir pratiquer une profession qu'il n'aurait pas occupée n'eut été de sa perte,
- c) l'Empire Vie ait approuvé le programme de réadaptation au préalable,
- d) les frais du programme de réadaptation sont engagés dans les 12 mois qui suivent la date de l'accident qui a entraîné la perte, et
- e) l'Empire Vie considère les frais du programme de réadaptation raisonnables et nécessaires.

La prestation pour réadaptation/formation de l'employé est soumise aux restrictions suivantes :

- 1) Les frais personnels (incluant, mais sans s'y limiter, les frais de pension, les frais ordinaires de subsistance, les frais de déplacement ou d'habillement) ne sont pas admissibles à un remboursement en vertu de la présente garantie; et
- 2) Le montant payable est soumis au maximum au titre de la prestation pour réadaptation/formation de l'employé indiqué au tableau des garanties pour la présente garantie.

Prestation pour formation professionnelle du conjoint

Si l'employé assuré subit une perte payable à 100 % ou plus du montant d'assurance ou s'il décède des conséquences directes d'un accident qui entraîne le paiement d'une prestation en vertu de la présente garantie, et que le conjoint de l'employé assuré doit participer à un programme de formation professionnelle officiel afin d'être qualifié pour occuper un emploi actif dans une occupation pour laquelle il n'aurait normalement pas eu les compétences requises, l'Empire Vie paiera les frais de scolarité et/ou les frais d'achat de manuels engagés par le conjoint (sous réserve des restrictions ci-après) pour ledit programme de formation professionnelle, pourvu que les frais soient :

- a) raisonnables et nécessaires, selon l'Empire Vie, et
- b) engagés dans les trois mois qui suivent la date de l'accident.

La prestation pour formation professionnelle du conjoint est soumise aux restrictions suivantes :

- 1) Les frais personnels (incluant, mais sans s'y limiter, les frais de pension, les frais ordinaires de subsistance, les frais de déplacement ou d'habillement) ne sont pas admissibles à un remboursement en vertu de la présente garantie;
- 2) La prestation est payable seulement au conjoint de l'employé assuré; et
- 3) Le montant payable est soumis au maximum au titre de la prestation pour formation professionnelle du conjoint indiqué au tableau des garanties pour la présente garantie.

Prestation pour études postsecondaires d'un enfant

Si, durant la période de 12 mois qui suit un accident, l'employé assuré décède des conséquences directes de l'accident qui entraîne le versement d'une prestation en vertu de la présente garantie, l'Empire Vie paiera les frais de scolarité d'un établissement postsecondaire reconnu pour un enfant à charge (sous réserve des restrictions ci-après), pourvu que l'enfant à charge :

- a) était inscrit comme étudiant à temps plein au moment de l'accident;
- b) s'inscrive comme étudiant à temps plein dans un établissement postsecondaire reconnu dans les 12 mois qui suivent la date du décès de l'employé assuré; et
- c) qu'il demeure inscrit à temps plein dans un établissement postsecondaire reconnu pour une année scolaire complète à partir de la date d'inscription en b).

La prestation pour études postsecondaires d'un enfant est soumise aux restrictions suivantes :

- 1) Le montant payable pour chaque enfant à charge correspondra aux frais de scolarité réellement engagés;
- 2) Le montant payable est soumis au maximum au titre de la prestation pour études postsecondaires d'un enfant indiqué au tableau des garanties pour la présente garantie;
- 3) Les frais de scolarité engagés avant le décès de l'employé assuré ne sont pas admissibles à un remboursement; et
- 4) Les frais personnels (incluant, mais sans s'y limiter, les frais de pension, les frais ordinaires de subsistance, les frais de déplacement ou d'habillement) ne sont pas admissibles à un remboursement en vertu de la présente garantie.

Tout montant payable en vertu de cette garantie sera versé (i) à l'enfant à charge s'il est d'âge légal, (ii) au conjoint de l'employé assuré en fiducie si l'enfant à charge est mineur, ou (iii) au fiduciaire/tuteur de l'enfant à charge en l'absence d'un conjoint.

Prestation pour aménagement d'une maison ou modification d'un véhicule

Si l'employé assuré subit une perte qui donne droit au versement d'une prestation en vertu de la présente garantie et qu'il doit utiliser un fauteuil roulant pour se déplacer en conséquence de cette perte, l'employé assuré peut demander une prestation additionnelle (sous réserve des restrictions ci-après) afin de couvrir les frais engagés pour :

- a) le coût unique de modifications apportées à la résidence principale de l'employé assuré pour rendre son domicile accessible et habitable en fonction d'un fauteuil roulant, et
- b) le coût unique de modifications apportées à un véhicule motorisé afin de le rendre accessible et conduisible pour l'employé assuré.

La prestation pour aménagement d'une maison ou modification d'un véhicule est soumise aux restrictions suivantes :

- 1) Les frais liés à toute modification du domicile ou du véhicule motorisé de l'employé assuré doivent être raisonnables et nécessaires, selon l'Empire Vie;
- 2) Les frais doivent être engagés dans les deux ans qui suivent la date de l'accident de l'employé assuré qui a entraîné la perte; et
- 3) Le montant payable est soumis au maximum au titre de la prestation pour aménagement d'une maison ou modification d'un véhicule indiqué au tableau des garanties pour la présente garantie.

EXCLUSIONS

Les prestations en vertu de cette disposition ne sont pas payables si la perte résulte directement ou indirectement d'une ou de plusieurs des causes suivantes :

- un suicide ou toute blessure ou maladie que l'employé assuré s'est infligée volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non à ce moment;
- la perpétration ou une tentative de perpétration d'un acte criminel, en vertu de toute loi applicable, que la personne assurée ait été ou non condamnée pour cet acte criminel;
- une affection, un virus, une infection, un pathogène, ou une maladie de quelque sorte, ou le traitement médical ou chirurgical pour une affection, un virus, une infection, un pathogène ou une maladie;
- des blessures ne laissant aucune contusion ou plaie visible à l'extérieur du corps, sauf s'il s'agit d'une noyade ou de blessures internes révélées par autopsie;
- l'absorption, l'administration ou l'inhalation, de façon volontaire, de drogues, d'un poison ou de substances toxiques, d'un gaz ou d'émanations;
- une insurrection, une guerre, une invasion, des actes d'ennemis étrangers, une guerre civile, une rébellion, le pouvoir militaire, le pouvoir usurpé ou des hostilités quelconques, que la guerre soit déclarée ou non;
- tout conflit armé ou service dans les forces armées;
- la participation volontaire à une émeute ou à toute activité troublant la paix publique;
- le service, le voyage, un vol ou une descente effectués à partir de n'importe quel type d'aéronef dans le but de donner ou de recevoir une formation aéronautique, d'enseigner le parachutisme ou de s'y adonner, ou encore de remplir une fonction se rattachant à l'appareil ou au vol;
- des blessures corporelles subies avant la date d'effet de la présente garantie; ou
- l'opération d'un véhicule motorisé alors que les facultés de conduite de la personne assurée sont affaiblies en conséquence directe de l'abus de substance ou alors que le taux de drogue ou d'alcool de la personne assurée excède la limite maximale permise par la loi dans la compétence où l'accident a eu lieu.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

PRESTATION DE DÉCÈS

La présente garantie assure votre conjoint et vos enfants pour le montant d'assurance indiqué au tableau des garanties. Advenant le décès de votre conjoint ou de l'un de vos enfants, vous recevrez un tel montant.

PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES

Les personnes à charge admissibles à la présente garantie sont votre conjoint ou conjoint de fait (cohabitation de 1 année(s)) et vos enfants à charge non mariés âgés de moins de 22 ans (ou 26 ans s'ils fréquentent un établissement scolaire à temps plein).

À la réception d'un avis écrit, votre conjoint de fait est immédiatement admissible si un enfant est né de votre union.

EXONÉRATION DES PRIMES

La prime exigée pour la présente garantie sera exonérée au cours de la période durant laquelle la prime d'assurance vie est exonérée du fait que vous soyez devenu totalement invalide.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si l'assurance vie des personnes à charge aux termes de la présente garantie prend fin du fait que vous n'êtes plus admissible à l'assurance en vertu du présent régime, votre conjoint (ainsi que les personnes à charge assurées, tel que requis par la législation provinciale, s'il y a lieu) peut transformer le montant de son assurance vie des personnes à charge ayant pris fin, sans preuve d'assurabilité, en une police individuelle. Cette police individuelle peut être établie selon toute police individuelle ordinaire d'assurance vie à primes nivelées alors émise par l'Empire Vie. Toute demande pour une police individuelle doit parvenir à l'Empire Vie pendant que le présent régime est en vigueur et dans les 31 jours qui suivent la première des éventualités suivantes :

- la date de votre décès, ou
- la date à laquelle vous cessez d'être assuré, ou
- le 65^e anniversaire de naissance de votre conjoint.

Le droit de transformation des personnes à charge assurées s'applique seulement lorsque la législation provinciale l'exige. Le droit de transformation du conjoint s'applique dans toutes les provinces et tous les territoires.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT

Si vous avez demandé une assurance facultative pour votre conjoint et avez présenté une preuve satisfaisante qui a été approuvée par l'Empire Vie, alors votre conjoint est assuré aux termes de l'assurance vie facultative du conjoint indiquée au tableau des garanties. Advenant le décès de votre conjoint, un tel montant vous sera payable. Toutefois, si le décès survient dans les deux années qui suivent la date d'effet de l'assurance vie facultative du conjoint ou la date d'effet de chaque augmentation du montant de l'assurance vie facultative du conjoint, et que le décès résulte d'un suicide ou de toute blessure ou maladie que le conjoint s'est infligée volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non à ce moment, l'assurance vie facultative du conjoint n'est pas payable.

EXCLUSIONS

L'assurance vie facultative du conjoint ne prévoit ni exonération des primes, ni droit de transformation.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS FACULTATIVE DU CONJOINT

Définitions

Aux fins de la présente garantie,

"Accident" s'entend d'un événement externe, inattendu, involontaire, violent, soudain et unique qui cause une perte, indépendamment de toute autre cause.

"Montant d'assurance" s'entend de la somme de l'assurance décès et mutilation accidentels facultative du conjoint et de l'assurance décès et mutilation accidentels des personnes à charge, indiquée au Tableau des garanties.

"Perte" s'entend d'une blessure (telle qu'établie dans le Tableau des pertes et qui pourrait être une perte d'usage) :

- pour ce qui est des mains ou des pieds, de l'amputation complète au niveau ou au-dessus du poignet ou de la cheville;
- pour ce qui est des yeux, de la perte entière et irrémédiable de la vue à laquelle aucun traitement chirurgical ou autre ne peut remédier;
- pour ce qui est des bras et des jambes, de l'amputation complète au niveau ou au-dessus du coude ou du genou;
- pour ce qui est du pouce et de l'index, de l'amputation complète au niveau ou au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne;
- pour ce qui est de la parole, de la perte totale et irrémédiable de la capacité de parler de façon intelligible; et
- pour ce qui est de l'ouïe, de la perte entière et irrémédiable de toute faculté auditive.

"Perte d'usage" s'entend, pour ce qui est des bras, des mains, des jambes et des pieds, de la perte totale de la capacité d'exécuter tous les mouvements qu'il était possible d'exécuter avec de tels membres avant l'accident. La perte d'usage doit être complète et irrémédiable.

Le montant d'assurance payable à la suite de la perte de la vue, de la parole ou de l'ouïe et/ou de la perte d'usage d'un membre ou segment de ce membre n'est versé qu'après que la perte a duré sans interruption pendant 12 mois, et pourvu qu'elle soit considérée comme permanente et qu'aucune intervention chirurgicale ni autres moyens ne puissent y remédier.

"Véhicule motorisé" s'entend d'un véhicule qui est tiré, propulsé ou dirigé par un moyen autre que la force musculaire, incluant mais sans s'y limiter, une automobile, une motocyclette, un bateau, une motoneige, un véhicule tout-terrain, une motomarine ou de l'équipement agricole.

"Abus de substance" s'entend, mais sans s'y limiter, de : (i) l'abus de médicaments (sur ou sans ordonnance), de drogues ou d'alcool; (ii) l'usage de drogues ou de produits illicites ou expérimentaux; (iii) toute autre toxicomanie ou dépendance aux drogues; et (iv) toute condition découlant de l'abus de médicaments, de drogues ou d'alcool.

Exposition et disparition

Si, en raison d'un accident, votre conjoint se retrouve inévitablement exposé aux éléments et que, par suite de cette exposition, votre conjoint subit une perte pour laquelle une indemnité serait normalement versée, cette perte sera couverte en vertu de la présente garantie.

Dans le cas où votre conjoint disparaît et que son corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours de la disparition, l'atterrissage forcé, l'échouement, le naufrage ou la collision du véhicule dans lequel votre conjoint prenait place, nous présumerons, sous réserve de l'absence de preuve à l'effet contraire et de toute autre disposition de la présente garantie, que votre conjoint a perdu la vie en raison d'un accident.

Paiement de la prestation

Si votre conjoint assuré en vertu de la présente garantie subit une perte, nous verserons une indemnité telle que prescrite dans le Tableau des pertes. Lorsque plus qu'une perte résulte d'un même accident, seule une prestation sera payable. Le montant d'assurance payable correspondra à la perte qui donnera lieu à la prestation la plus élevée.

Le montant de prestation payable à la suite de la perte de la vue, de la parole ou de l'ouïe et/ou de la perte d'usage d'un membre ou segment de ce membre n'est versé qu'après que la perte a duré sans interruption pendant 12 mois, et pourvu qu'elle soit considérée comme permanente et qu'aucune intervention chirurgicale ni autres moyens ne puissent y remédier.

Tableau des pertes et du pourcentage à verser

Quel que soit l'accident, la somme exigible sera celle correspondant à la perte qui procure la prestation la plus élevée.

Pour la perte :

De la vie	100 % du montant d'assurance
Des deux pieds	100 % du montant d'assurance
D'une main et d'un pied	100 % du montant d'assurance
Des deux mains	100 % du montant d'assurance
D'une main et de la vue d'un œil	100 % du montant d'assurance
D'un pied et de la vue d'un œil	100 % du montant d'assurance
Des deux jambes	100 % du montant d'assurance
Des deux bras	100 % du montant d'assurance
D'un bras	75 % du montant d'assurance
D'un pied	75 % du montant d'assurance
D'une main	75 % du montant d'assurance
D'une jambe	75 % du montant d'assurance
De 4 doigts de la même main	33 % du montant d'assurance
Du pouce et de l'index de la même main	33 % du montant d'assurance
De 4 orteils du même pied	33 % du montant d'assurance

Pour la perte d'usage :

Des membres supérieurs et inférieurs (quadriplégie)	200 % du montant d'assurance
Des deux jambes (paraplégie)	200 % du montant d'assurance
Des membres supérieur et inférieur du même côté du corps (hémiplégie)	200 % du montant d'assurance
Des deux bras (paralysie des membres supérieurs)	200 % du montant d'assurance
Des deux pieds	100 % du montant d'assurance
Des deux mains	100 % du montant d'assurance
De la vision des deux yeux	100 % du montant d'assurance
De la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 % du montant d'assurance
De l'ouïe des deux oreilles	75 % du montant d'assurance
De la vue d'un oeil	75 % du montant d'assurance
De la parole	75 % du montant d'assurance
D'un bras	75% du montant d'assurance
D'une jambe	75 % du montant d'assurance
D'un pied	75 % du montant d'assurance
D'une main	75 % du montant d'assurance
De l'ouïe d'une oreille	25 % du montant d'assurance

EXCLUSIONS

Les prestations en vertu de cette disposition ne sont pas payables si la perte résulte directement ou indirectement d'une ou de plusieurs des causes suivantes :

- un suicide ou toute blessure ou maladie que le conjoint de l'employé assuré s'est infligée volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non à ce moment;
- la perpétration ou une tentative de perpétration d'un acte criminel, en vertu de toute loi applicable, que la personne assurée ait été ou non condamnée pour cet acte criminel;
- une affection, un virus, une infection, un pathogène, ou une maladie de quelque sorte, ou le traitement médical ou chirurgical pour une affection, un virus, une infection, un pathogène ou une maladie;
- des blessures ne laissant aucune contusion ou plaie visible à l'extérieur du corps, sauf s'il s'agit d'une noyade ou de blessures internes révélées par autopsie;
- l'absorption, l'administration ou l'inhalation, de façon volontaire, de drogues, d'un poison ou de substances toxiques, d'un gaz ou d'émanations;
- une insurrection, une guerre une invasion, des actes d'ennemis étrangers, une guerre civile, une rébellion, le pouvoir militaire, le pouvoir usurpé ou des hostilités quelconques, que la guerre soit déclarée ou non;
- tout conflit armé ou service dans les forces armées;
- la participation volontaire à une émeute ou à toute activité troublant la paix publique;
- le service, le voyage, un vol ou une descente effectués à partir de n'importe quel type d'aéronef dans le but :
 - (i) de donner ou de recevoir de la formation aéronautique; ou
 - (ii) d'enseigner ou d'apprendre le parachutisme ou de s'y adonner; ou
 - (iii) de remplir une fonction se rattachant à l'appareil ou au vol;
- des blessures corporelles subies avant la date d'effet de la présente garantie; ou
- l'opération d'un véhicule motorisé alors que les facultés de conduite de la personne assurée sont affaiblies en conséquence directe de l'abus de substance ou alors que le taux de drogue ou d'alcool de la personne assurée excède la limite maximale permise par la loi dans la compétence où l'accident a eu lieu.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

GARANTIE ET MONTANT DES INDEMNITÉS MENSUELLES

L'assurance invalidité de longue durée vous fournit un revenu régulier pour remplacer une perte de salaire ou de gains découlant d'une invalidité de longue durée qui est le résultat d'une blessure ou d'une maladie. Le montant de vos indemnités pour invalidité de longue durée, la date de commencement des indemnités et la durée maximum de l'indemnisation sont indiqués au tableau des garanties.

Si vous devenez invalide en raison d'une blessure ou d'une maladie, l'Empire Vie vous indemniserait conformément au tableau des garanties ou jusqu'à ce que vous soyez guéri, selon la première éventualité. Les indemnités seront directement réduites (i) du montant de toute indemnité à laquelle vous avez droit aux termes du Régime de rentes du Québec/de pensions du Canada, conformément au tableau des garanties, (ii) de toute indemnité à laquelle vous avez droit pour perte de temps en vertu d'un régime sur l'assurance automobile considéré comme le premier payeur des indemnités et (iii) de toute indemnité pour invalidité à laquelle vous avez droit aux termes d'une législation en matière de santé et de sécurité au travail (par ex., Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail) ou d'une législation semblable. Les indemnités peuvent être davantage réduites si votre revenu pour invalidité provenant de toutes les sources excède 85 % de :

- a) vos gains avant invalidité si les indemnités sont imposables, conformément au tableau des garanties; ou
- b) votre salaire net avant invalidité (c'est-à-dire votre revenu après impôt) si les indemnités ne sont pas imposables, conformément au tableau des garanties.

Les autres sources comprennent le Régime de rentes du Québec/de pensions du Canada, tout autre régime ou d'assurance collective ou d'assurance pour franchisés qui prévoit un revenu d'invalidité, toute continuation de salaire, pension de retraite ou d'invalidité versée par l'employeur, toute législation en matière de santé et de sécurité au travail (par ex., *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* ou une législation similaire) et tout autre régime d'assurance ou de rente d'État ou tout revenu que votre employeur vous verse sous forme de dividendes en espèces au lieu d'un salaire pendant que vous recevez une invalidité de longue durée de l'Empire Vie si la définition des gains mensuels comprend tout revenu sous forme de dividendes en espèces.

DÉFINITION DE L'INVALIDITÉ ET DES GAINS

Les indemnités versées aux termes de la présente garantie sont imposables si votre employeur paie toute portion de la prime pour la présente garantie.

"Invalidité totale" s'entend, pendant le délai d'attente et la période relative à la profession habituelle indiqués au tableau des garanties, d'un état d'invalidité totalement d'accomplir les tâches essentielles de votre profession habituelle sur votre lieu de travail ou tout autre lieu de travail. Après l'expiration de la période relative à la profession habituelle, s'il y a lieu, elle s'entend d'un état d'invalidité continue résultant d'une blessure ou d'une maladie qui vous empêche totalement d'avoir une occupation lucrative ou d'effectuer contre rémunération ou profit tout travail qui vous convient raisonnablement compte tenu de votre éducation, de votre formation et de votre expérience. Les indemnités ne sont jamais versées pour toute période au cours de laquelle vous ne recevez pas les soins réguliers d'un médecin titulaire d'un permis et autorisé à traiter la condition spécifique ou si vous omettez de coopérer et de participer à un programme de traitement approprié à la satisfaction de l'Empire Vie, sauf si le paiement des indemnités dans de telles circonstances a été déterminé au préalable par l'Empire Vie.

L'Empire Vie ne tiendra pas compte de la disponibilité de travail dans l'évaluation de votre invalidité totale.

Si vous devez détenir un permis ou une licence, incluant un permis de conduire, pour effectuer vos tâches, l'Empire Vie ne vous tiendra pas pour totalement invalide seulement parce que ce permis ou cette licence vous a été retiré ou n'a pas été renouvelé.

"Abus de substance" s'entend, mais sans s'y limiter, de : (i) l'abus de médicaments (sur ou sans ordonnance), de drogues ou d'alcool; (ii) l'usage de drogues ou de produits illicites ou expérimentaux; (iii) toute autre toxicomanie ou dépendance aux drogues; et (iv) toute condition découlant de l'abus de médicaments, de drogues ou d'alcool.

"Accident" s'entend d'un événement externe, inattendu, involontaire, violent, soudain et unique qui cause une perte, indépendamment de toute autre cause.

"Blessure" s'entend d'une blessure corporelle accidentelle que vous subissez, pendant que la présente garantie est en vigueur et qui entraîne, directement et indépendamment de toute autre cause, dans les 90 jours de la date de l'accident, une invalidité totale au sens de la définition prévue ci-après.

"Maladie" s'entend de toute affection ou maladie qui n'est pas expressément exclue ailleurs dans la présente garantie et qui entraîne une invalidité totale au sens de la définition prévue ci-après, pendant que la présente garantie est en vigueur. Toute invalidité causée par une blessure corporelle accidentelle ou à laquelle une telle blessure contribue et qui commence plus de 90 jours après la date à laquelle une telle blessure est subie, et toute infection autre qu'une infection pyogène se produisant en raison d'une coupure ou d'une blessure accidentelle, et au moment où celle-ci survient, sont considérées comme le résultat d'une maladie.

"Soins médicaux" s'entend de tout examen médical, test, diagnostic, traitement, service, soin, rendez-vous, conseil médical, médicament (sur ou sans ordonnance) et de toute intervention chirurgicale prévue ou en attente, ou référence à un autre professionnel de la santé en raison d'une condition médicale qui a fait l'objet ou non d'un diagnostic. Les soins médicaux doivent être prescrits par un médecin ou un autre professionnel de la santé autorisé pour le traitement de la maladie ou de la blessure en cause.

"Gains" s'entendent de votre salaire mensuel régulier reçu de votre employeur, à l'exclusion de la rémunération pour heures supplémentaires, des bonis, des dividendes ou d'autres allocations spéciales.

Votre employeur doit soumettre une demande écrite au siège social de l'Empire Vie s'il souhaite apporter un changement aux gains, puisque votre indemnité assurée est basée sur les gains reçus au siège social et que ceux-ci détermineront le montant d'indemnité que vous recevrez si vous devenez invalide.

"Salaire net" s'entend de vos gains moins l'impôt fédéral et provincial payable sur un tel revenu.

"Véhicule motorisé" s'entend d'un véhicule qui est tiré, propulsé ou dirigé par un moyen autre que la force musculaire, incluant mais sans s'y limiter, une automobile, une motocyclette, un bateau, une motoneige, un véhicule tout-terrain, une motomarine ou de l'équipement agricole.

"Délai d'attente" s'entend de la période initiale de votre invalidité totale continue au cours de laquelle aucune indemnité pour assurance invalidité de longue durée n'est payable. La durée du délai d'attente est indiquée au tableau des garanties.

EXONÉRATION DES PRIMES

Si vous recevez des indemnités, l'Empire Vie renonce aux primes pour l'assurance invalidité de longue durée.

VOS RESPONSABILITÉS

Durant toute période d'invalidité partielle ou totale, vous devez faire des efforts raisonnables pour :

- a) faciliter la récupération de la blessure ou de la maladie qui a causé l'invalidité totale,
- b) participer à tout programme de réadaptation et/ou de soins médicaux raisonnables,
- c) accepter toute offre raisonnable de tâches modifiées de votre employeur,
- d) réintégrer votre profession habituelle ou vous préparer à occuper de nouvelles fonctions s'il devient apparent que vous ne serez pas en mesure de réintégrer votre profession habituelle, et
- e) obtenir toute indemnité que d'autres sources pourraient offrir.

Si vous ne vous conformez pas à l'une ou l'autre de ces responsabilités, l'Empire Vie peut retenir ou cesser les versements des indemnités.

RÉCIDIVE DE L'INVALIDITÉ

Si vous reprenez votre emploi actif à temps plein et que, pendant que le présent régime est en vigueur, vous devenez à nouveau invalide dans les 180 jours qui suivent en raison de la même cause, les indemnités sont versées immédiatement, sans nouveau délai d'attente. Toutefois, si une telle invalidité commence plus de 180 jours après la reprise du travail actif à temps plein, la seconde invalidité est assujettie à un nouveau délai d'attente avant que vous ne receviez des indemnités.

RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE

Si vous recevez des indemnités d'invalidité de longue durée, vous pourriez devoir participer à un programme de réadaptation afin de vous aider à réintégrer un emploi rémunéré, soit celui que vous occupiez avant l'invalidité, soit un autre emploi. Le paiement des indemnités sera réduit uniquement de la moitié du revenu reçu du programme.

La décision d'approuver ou de cesser un programme de réadaptation appartient seulement à l'Empire Vie, qui n'a aucune obligation d'approuver ou de maintenir la réadaptation.

L'Empire Vie pourrait réduire davantage toute indemnité d'invalidité de longue durée payable afin que le revenu reçu dans le cadre du programme de réadaptation et le revenu provenant de toutes les sources n'excèdent pas 100 % de vos gains avant invalidité indexés.

Les gains avant invalidité indexés s'entendent de :

- a) Dans la première année de votre invalidité, la moyenne :
 - des gains mensuels, si l'indemnité d'invalidité de longue durée est imposable, ou
 - du salaire net, si l'indemnité d'invalidité de longue durée n'est pas imposable,

durant la période de 12 mois qui précède immédiatement le début de l'invalidité totale.

- b) Après la première année de votre invalidité :

- les gains avant invalidité indexés de l'année précédente augmenteront à chaque anniversaire de la date d'invalidité seulement si vous participez à un programme de retour au travail payé et approuvé par l'Empire Vie.

Le montant de chaque augmentation annuelle correspondra au moindre de a) le taux d'augmentation annuelle de l'indice des prix à la consommation annuel publié par Statistique Canada (ou un indice similaire publié par une agence gouvernementale qui succéderait à Statistique Canada) pour l'année civile précédente ou de b) 10 pour cent.

L'Empire Vie remboursera tous les frais associés au programme de réadaptation qu'elle aura approuvé, autres que des frais normaux d'emploi comme les frais de déplacement, pourvu que l'Empire Vie approuve les frais au préalable. Les frais ne seront pas admissibles si l'Empire Vie vous informe que le programme de réadaptation n'est plus approuvé ou qu'elle n'acceptera plus des frais qu'elle avait auparavant approuvés.

Si vous cessez d'être disponible, de coopérer ou de participer à un programme de réadaptation approuvé par l'Empire Vie, vous ne serez plus admissible à des indemnités d'invalidité de longue durée. Si vous ne participez pas à un programme de réadaptation en raison d'un changement de votre situation médicale, l'Empire Vie aura besoin d'une preuve médicale qui atteste que votre incapacité de poursuivre le programme de réadaptation découle d'une blessure ou d'une maladie assurée.

INVALIDITÉ PARTIELLE

Une invalidité partielle survient lorsque, en résultat de votre invalidité totale, vous :

- a) êtes en mesure d'accomplir une ou plusieurs, mais pas toutes les tâches essentielles de votre profession habituelle sur une base à temps plein ou partiel; ou
êtes en mesure d'accomplir toutes les tâches essentielles de votre profession habituelle sur une base à temps partiel; et
- b) avez toujours besoin des soins d'un médecin de façon régulière; et
- c) gagnez plus de 15 % de vos gains avant invalidité indexés.

Paiement et durée des indemnités pour invalidité partielle

Les indemnités pour invalidité partielle sont accordées si (i) l'invalidité partielle, provoquée par une cause identique ou connexe, suit une période d'invalidité totale égale au délai d'attente précisé au tableau des garanties, plus un jour ou plus, et (ii) vous gagnez plus de 15 % de vos gains avant invalidité indexés.

Les indemnités pour invalidité partielle correspondent aux indemnités pour invalidité de longue durée moins 50 % du revenu gagné pendant la même période, et elles sont accordées seulement pendant la période relative à la profession habituelle indiquée au tableau des garanties.

L'Empire Vie peut réduire davantage les indemnités pour invalidité de longue durée payables de sorte que le revenu provenant de toutes les sources ne soit pas supérieur à 100 % de vos gains avant invalidité indexés.

INDEXATION SUR LE COÛT DE LA VIE

Les indemnités pour invalidité de longue durée sont augmentées en fonction d'une indexation sur le coût de la vie (ICV) qui est égale au moins élevé du pourcentage indiqué au tableau des garanties et du taux d'augmentation moyen de l'Indice des prix à la consommation pour la période de 12 mois précédant immédiatement de 3 mois la date anniversaire du premier paiement des indemnités.

Advenant une diminution de l'Indice des prix à la consommation, aucune réduction ne sera apportée à vos indemnités.

L'indexation sur le coût de la vie pouvant s'appliquer à vos indemnités à chaque date anniversaire du premier paiement des indemnités.

RESTRICTION

Aucune indemnité pour invalidité de longue durée n'est versée pour une invalidité qui découle d'un abus de substance, sauf lorsque vous recevez pour une telle invalidité totale un traitement continu auprès d'un centre de réadaptation ou d'une institution approuvée par les autorités provinciales appropriées et que vous adhérez à ce traitement, ou que vous participez activement à un programme de réadaptation supervisé par un médecin et approuvé par l'Empire Vie.

Aucune indemnité pour invalidité de longue durée n'est payable pour toute période durant laquelle vous purgez une peine pour une infraction criminelle et êtes confiné en prison ou dans un autre lieu de détention, incluant mais sans s'y limiter, un hôpital, une institution psychiatrique, une maison de transition ou une résidence privée (assignation à résidence).

CONDITIONS PRÉEXISTANTES

Les indemnités ne sont jamais versées si, au cours des 12 premiers mois de l'assurance invalidité de longue durée aux termes du présent régime, une invalidité totale résulte d'une condition préexistante. Une condition préexistante est une condition pour laquelle vous avez reçu des soins médicaux d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé, ou pour laquelle un médecin ou un autre professionnel de la santé a recommandé des médicaments (sur ou sans ordonnance), au cours de la période de 90 jours qui précède immédiatement la date d'effet de votre assurance.

L'Empire Vie se réserve le droit de demander des notes et des dossiers cliniques de votre médecin principal ou de tout autre professionnel de la santé qui vous a fourni des soins médicaux.

Généralement, la période de 12 mois doit être intégralement satisfaite à compter de la date de remise en vigueur à laquelle a lieu la remise en vigueur de la protection. Toutefois, si la remise en vigueur suit immédiatement un congé ou une mise à pied pour lequel l'Empire Vie a été avisée à l'avance, alors les périodes avant et après le congé ou la mise à pied seront combinées pour satisfaire l'exigence relative à la période de 12 mois.

EXCLUSIONS

Aucune prestation ne sera payable si votre invalidité résulte directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :

- toute blessure ou maladie que la personne s'est infligée volontairement, à moins que des preuves médicales établissent que cette blessure ou cette maladie découle d'une maladie mentale;
- l'inhalation ou la prise volontaire ou intentionnelle de drogues, de poison, de substances empoisonnées, de gaz ou de vapeurs toxiques;
- une insurrection, une guerre, une invasion, des actes d'ennemis étrangers, une guerre civile, une rébellion, le pouvoir militaire, le pouvoir usurpé ou des hostilités quelconques, que la guerre soit déclarée ou non;
- tout conflit armé ou service dans les forces armées;
- la participation volontaire à une émeute ou à toute activité troublant la paix publique;
- la perpétration ou une tentative de perpétration d'un acte criminel, en vertu de toute loi applicable, que la personne assurée ait été ou non condamnée pour cet acte criminel;
- les traitements rendus à des fins cosmétiques (selon la détermination de l'Empire Vie), sauf lorsqu'un tel traitement est nécessaire en raison d'une blessure accidentelle; ou
- l'opération d'un véhicule motorisé alors que vos facultés de conduite sont affaiblies en conséquence directe de l'abus de substance ou alors que votre taux de drogue ou d'alcool excède la limite maximale permise par la loi dans la compétence où l'accident a eu lieu.

Dans le cas de toute invalidité se produisant avant ou pendant un congé de maternité ou parental, le délai d'attente peut commencer ou se poursuivre pendant :

- un congé de maternité ou parental officiel pris en conformité avec une loi fédérale ou provinciale ou une entente mutuelle conclue entre vous et votre employeur; ou
- la période pour laquelle des prestations de maternité ou de congé parental sont versées en vertu de l'assurance-emploi; ou
- la période qui débute à la première des dates suivantes : la date choisie d'un congé de maternité ou parental officiel ou la date de l'accouchement; toutefois,

le paiement des indemnités ne peut commencer ni se poursuivre avant la date à laquelle le délai d'attente est satisfait ou la date prévue de retour au travail, selon la dernière éventualité.

Le service des indemnités ne peut pas commencer ni se poursuivre au cours de toute période durant laquelle vous n'avez pas été un résident du Canada pendant un minimum de six mois au cours de toute période de 12 mois.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Définitions

"**Accident**", aux fins de la garantie d'assurance maladie complémentaire, s'entend d'un événement externe, inattendu, involontaire, violent, soudain et unique qui cause une blessure ou une maladie, indépendamment de toute autre cause.

"**Véhicule motorisé**" s'entend d'un véhicule qui est tiré, propulsé ou dirigé par un moyen autre que la force musculaire, incluant mais sans s'y limiter, une automobile, une motocyclette, un bateau, une motoneige, un véhicule tout-terrain, une motomarine ou de l'équipement agricole.

"**Praticien paramédical**" s'entend d'un fournisseur autorisé à exercer sa profession par les autorités compétentes de certification ou d'enregistrement du territoire de compétence où il rend ses services, et n'étant pas assuré aux termes de la présente police. En l'absence des autorités précitées dans un territoire de compétence donné, le praticien qui rend des services dans un tel territoire de compétence doit être titulaire d'un certificat de compétence dans sa discipline délivré par l'association professionnelle qui détermine les critères de compétence pour la profession d'un tel praticien, et réputé valide par l'Empire Vie. Un travailleur social doit être titulaire d'une maîtrise en service social. Aucune indemnité n'est versée au titre de la présente garantie pour les services qui ne relèvent pas de la compétence du praticien en cause.

"**Raisonné et habituel**" s'entend, à l'égard des frais pour des services, des fournitures ou des traitements de nature médicale ou dentaire engagés par une personne assurée, de frais qui n'excèdent pas le niveau général des frais des autres fournisseurs de réputation similaire dans la localité ou la région géographique où les frais sont engagés pour des services, des fournitures ou des traitements de nature médicale ou dentaire comparables, tout en considérant la nature et la gravité de la condition particulière de la personne assurée.

"**Régime d'assurance maladie d'État**" s'entend des lois provinciales et fédérales et des règlements se rapportant à de telles lois, y compris les modifications qui leur sont apportées de temps à autre, qui prévoient des prestations offertes par le gouvernement couvrant l'hospitalisation, les médicaments, les soins dentaires ou d'autres soins médicaux pour les résidents du Canada, y compris, sans toutefois s'y limiter, les régimes provinciaux de soins dentaires, d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation, les lois fédérales ou provinciales sur les soins et services médicaux ou dentaires et la Loi canadienne sur la santé.

"**Soins médicaux**" s'entend de tout examen médical, test, diagnostic, traitement, service, soin, rendez-vous, conseil médical, médicament (sur ou sans ordonnance) et de toute intervention chirurgicale prévue ou en attente, ou référence à un autre professionnel de la santé en raison d'une condition médicale qui a fait l'objet ou non d'un diagnostic. Les soins médicaux doivent être prescrits par un médecin ou un autre professionnel de la santé autorisé pour le traitement de la maladie ou de la blessure en cause.

"**Médicalement nécessaire**" s'entend d'un traitement, d'un service ou de fournitures qui sont généralement considérés par la profession médicale comme essentiels, efficaces et appropriés pour le diagnostic, le traitement ou les soins relatifs à une condition médicale déterminée.

"**Frais admissibles**" s'entend de toute dépense effectivement engagée par une personne assurée pour des soins médicaux tandis que la présente garantie est en vigueur, pourvu que de tels soins médicaux fassent partie des soins assurés (décrits dans la présente garantie), et qu'ils constituent des frais raisonnables et habituels (tels que déterminés par l'Empire Vie) pour de tels soins assurés.

"Urgence" s'entend d'un accident soudain et imprévu ou d'une maladie ou blessure imprévue qui a lieu alors que la personne assurée voyage à l'extérieur de sa province de résidence et qui requiert une attention médicale immédiate, incluant le traitement non électif pour le soulagement immédiat d'une douleur aiguë, d'une souffrance ou d'une condition qui ne peut être reportée au retour de la personne assurée dans sa province de résidence. Une telle urgence n'existe plus lorsque, de l'avis du médecin traitant, la personne assurée est en mesure de revenir dans sa province de résidence. Une urgence ne s'entend pas du suivi médical d'une condition stable ou chronique alors que la personne assurée voyage à l'extérieur de sa province de résidence (par ex., tests sanguins pour contrôler l'épaisseur du sang dans le cadre de la prise de médicaments anticoagulants).

"Médicament biologique" s'entend d'un médicament produit au moyen de cellules ou de microorganismes vivants (p. ex., des bactéries) et dont la vente est autorisée par Santé Canada.

"Médicament biosimilaire" s'entend d'un médicament dont l'efficacité est réputée être similaire à celle du médicament biologique de référence.

"Médicament biologique de référence" s'entend d'un médicament biologique dont Santé Canada a approuvé la vente en premier.

"Utilisation hors indication" s'entend de l'utilisation d'un médicament à une fin différente ou pour une maladie différente de celle autorisée par Santé Canada.

"Médicaments génériques" s'il en existe, s'entend des médicaments à moindre coût qui renferment la même quantité des mêmes ingrédients actifs et qui présentent la même forme pharmaceutique qu'il est précisé sur l'ordonnance du médecin.

"Médicaments interchangeable les moins chers" s'il en existe, s'entend des médicaments interchangeable à moindre coût (qu'il s'agisse d'un médicament générique ou de marque), qui renferment la même quantité des mêmes ingrédients actifs et qui présentent la même forme pharmaceutique qu'il est précisé sur l'ordonnance du médecin.

"Médicaments équivalents à moindre coût" s'entend des médicaments (incluant les médicaments biosimilaires) les moins coûteux utilisés pour un même traitement.

"Frais de préparation" s'entend des frais facturés par un pharmacien pour la préparation et la délivrance de médicaments.

"Carte des garanties" s'entend, s'il y a lieu, de la carte d'identité émise par la compagnie qui est utilisée pour participer à un programme de remboursement direct des médicaments et/ou des soins dentaires. Elle s'entend également, dans le cadre de la Protection en cas d'urgence à l'extérieur de la province de résidence en vertu des dispositions relatives à l'assurance maladie complémentaire, d'une carte émise par la compagnie pour fournir une assistance médicale et financière pour les situations d'urgence survenant en cours de voyage hors de la province de résidence de la personne assurée.

"Stable" s'entend, durant la période de trois mois qui précède la date de départ, d'une personne assurée qui n'a pas :

- reçu des soins médicaux pour la condition médicale ni été évaluée pour de nouveaux symptômes ni reçu de diagnostic de nouvelles conditions lors d'un examen médical;
- constaté une aggravation ou une augmentation de la fréquence des symptômes ni une dégradation des résultats des examens liés à la condition médicale (diagnostiquée ou non), si la personne assurée a consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé;
- reçu une ordonnance pour un médicament ni une recommandation de modifier son traitement médical relativement à la condition médicale de la part d'un médecin ou d'un;
- autre professionnel de la santé, y compris des changements dans la médication d'un traitement médical en cours, mais excluant la réduction de la médication (sur ordonnance ou non) en raison d'une amélioration de la condition médicale;
- été admise ni reçu des soins médicaux dans un hôpital pour la condition médicale; ou
- été une recommandation de subir tout examen, test, intervention chirurgicale ou tous nouveaux soins médicaux pour une condition médicale préexistante, ni de prendre tout rendez-vous médical concernant une condition médicale non diagnostiquée.

FRAIS ADMISSIBLES

L'assurance maladie complémentaire aux termes du présent régime couvre tous les frais admissibles décrits dans les pages suivantes qui ne sont pas couverts par votre régime d'assurance maladie d'État.

Les frais admissibles doivent être:

- engagés pendant que vous êtes assuré en vertu du présent régime,
- raisonnables et habituels et médicalement nécessaires pour le traitement de la maladie ou de la blessure en cause,
- prescrits par un médecin autorisé à pratiquer et qui n'est pas assuré aux termes de la présente police et qui n'a pas de lien consanguin ni matrimonial avec la personne assurée, et
- présentés dans les 365 jours qui suivent la date à laquelle les frais ont été engagés ou dans les 90 jours qui suivent la cessation de l'assurance, selon la première éventualité.

Toutes les dépenses admissibles peuvent être assujetties à une franchise, à un montant de coassurance et à un montant maximum d'indemnisation.

Exemple : Si votre régime couvre les procédures de laboratoire à des fins diagnostiques jusqu'à un maximum de 500 \$ avec une coassurance de 80 % et une franchise de 50 \$.

Pour une demande de règlement de 1 000 \$ concernant une tomographie axiale transverse par ordinateur (CAT scan)

Le montant admissible est de 1 000 \$

L'application de la franchise de 50 \$ réduit le montant à 950 \$

L'application de la coassurance de 80 % réduit le montant à 760 \$

L'indemnité maximum est de 500 \$

Le montant payable est de 500 \$

Les dépenses admissibles pour des médicaments ne comprennent pas le coût en excédent du montant raisonnable et habituel pour un médicament donné. Tous les frais de préparation, s'il y a lieu, en excédent des frais de préparation maximums ne sont pas couverts. Cet excédent n'est pas considéré une dépenses admissibles pour des médicaments en vertu de la police. Veuillez vous référer à **NOTE** à la page Médicaments.

FRANCHISE

La franchise par période d'indemnisation, s'il y en a une, est indiquée au tableau des garanties et s'entend du montant que vous devez déboursier, au cours de chaque période d'indemnisation, avant que des indemnités d'assurance maladie ne vous soient payables aux termes du présent régime.

COASSURANCE

La coassurance, telle qu'indiquée au tableau des garanties, correspond au pourcentage des frais admissibles payé par votre régime moins la franchise, s'il y en a une.

MAXIMUM VIAGER

Le maximum viager, tel qu'indiqué au tableau des garanties, s'entend du montant global total payable par personne pour les frais admissibles engagés à l'intérieur ou, si ces faits y sont assurés, à l'extérieur de votre province de résidence, pour toutes les périodes, consécutives ou non, au cours desquelles vous avez été assuré aux termes de la présente garantie.

RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS PUBLIC

La présente garantie fournit une assurance maladie complémentaire à toute personne assurée qui est un résident d'une province qui offre un régime d'assurance médicaments public. L'assurance maladie complémentaire sera toutefois administrée conformément aux exigences de la loi provinciale applicable en matière d'assurance médicaments (par ex., *Loi sur l'assurance médicaments* du Québec) et respectera toute norme minimale applicable en termes de protection, telle que déterminée par l'Empire Vie.

PROLONGATION DES INDEMNITÉS

Si votre assurance maladie complémentaire prend fin tandis que vous (ou votre personne à charge, s'il y a lieu) souffrez d'une invalidité totale, les frais admissibles que vous avez engagés en raison de l'invalidité seront payés jusqu'à concurrence de 90 jours après la fin de la garantie et pendant la durée de l'invalidité, ou jusqu'à la date à laquelle vous devenez admissible à des indemnités aux termes d'un autre régime, selon la première éventualité.

ASSURANCE DES SURVIVANTS

Advenant votre décès pendant que vous êtes couvert par l'assurance maladie complémentaire aux termes du présent régime, l'assurance de vos personnes à charge assurées qui survivent à votre décès demeurera en vigueur sans autre paiement de primes, jusqu'à la première des éventualités suivantes:

- a) la date du remariage du conjoint survivant,
- b) le nombre de mois indiqué au tableau des garanties à compter de votre décès,
- c) la date du décès du survivant, ou
- d) la date à laquelle le survivant cesse de répondre à la définition de personne à charge (s'il y a lieu), s'il s'agit d'un enfant.

Une telle assurance est offerte même si la police d'assurance collective prend fin après votre décès.

PERSONNES À CHARGE

Les personnes à charge admissibles à l'assurance maladie complémentaire sont votre conjoint ou conjoint de fait, ainsi que vos enfants entièrement à charge non mariés qui ont moins de 22 ans (ou 26 ans, s'ils sont aux études à temps plein) ou vos enfants entièrement à charge non mariés de tout âge présentant un handicap physique ou mental (veuillez communiquer avec votre administrateur pour de plus amples renseignements sur la protection prolongée pour les personnes à charge handicapées).

Il doit y avoir une période de cohabitation minimale et continue de 1 année(s) avant qu'un conjoint de fait soit reconnu. À la réception d'un avis écrit, votre conjoint de fait est immédiatement admissible si un enfant est né de votre union.

Les personnes à charge doivent résider au Canada pour être admissibles aux garanties. Toutefois, les enfants qui résident temporairement aux États-Unis parce qu'ils fréquentent un établissement scolaire reconnu sont également admissibles aux garanties, pourvu qu'ils soient assurés aux termes d'un régime d'assurance maladie d'une province ou d'un territoire canadiens.

FRAIS NON ADMISSIBLES

Aucun paiement ne sera fait pour les frais résultant des causes suivantes :

- les soins médicaux découlant de toute blessure ou maladie que la personne s'est infligée volontairement;
- les soins médicaux découlant de l'inhalation ou de la prise volontaire ou intentionnelle de drogues, de poison, de substances empoisonnées, de gaz ou de vapeurs toxiques;
- les soins médicaux pour lesquels des indemnités sont accordées en vertu de toute autre garantie du présent régime ;
- les soins médicaux découlant d'une insurrection, d'une guerre d'une invasion, d'actes d'ennemis étrangers, d'une guerre civile, d'une rébellion, du pouvoir militaire, du pouvoir usurpé ou d'hostilités quelconques, que la guerre soit déclarée ou non;
- les soins médicaux découlant de tout conflit armé ou service dans les forces armées;
- les soins médicaux découlant de la participation volontaire à une émeute ou à toute activité troublant la paix publique;
- les soins médicaux pour lesquels la personne assurée a droit à des indemnités ou à une compensation en conformité avec les dispositions de toute législation provinciale en matière de santé et de sécurité au travail (par ex., *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*) ou de toute législation semblable, à moins d'interdiction par toute législation gouvernementale;
- les soins médicaux payables en tout ou en partie par un gouvernement aux termes d'un régime d'assurance maladie d'État, ou qui aurait été payés si la personne assurée avait été couverte aux termes d'un tel régime, ou si elle avait soumis une demande en bonne et due forme;
- les soins médicaux pour lesquels les autorités gouvernementales compétentes interdisent le paiement d'indemnités;
- les soins médicaux découlant de la perpétration ou d'une tentative de perpétration d'un acte criminel, en vertu de toute loi applicable, que la personne assurée ait été ou non condamnée pour cet acte criminel;
- les soins médicaux fournis dans le cadre de services dentaires ou médicaux maintenus par un employeur, une association, un syndicat, un fiduciaire ou un groupe semblable;
- les tests de dépistage ou les examens médicaux exigés par un tiers;
- rendez-vous auxquels la personne assurée ne se présente pas, coûts de transport (y compris le temps de déplacement) du praticien ou temps consacré à remplir les formulaires de demande de règlement exigés aux termes de la présente garantie. Les services fournis par téléphone ou par tout autre moyen de télécommunications sont réputés être des frais admissibles s'ils sont fournis conformément aux réglementations, aux pratiques et aux procédures décrites par l'ordre ou l'association du fournisseur. La compagnie se réserve le droit, à sa discrétion, de refuser le paiement de tout service fourni par téléphone ou par tout autre moyen de télécommunications;
- les soins médicaux que la personne assurée n'est pas légalement obligée de payer, pour lesquels il n'y a pas de frais ou pour lesquels il n'y en aurait pas si l'assurance n'existait pas;
- les soins médicaux qui ne sont pas nécessaires d'après les normes généralement reconnues de la pratique médicale;
- les soins médicaux rendus à des fins esthétiques, tel que déterminé par l'Empire Vie, sauf lorsque de tels soins sont requis par suite d'une blessure accidentelle;
- les soins médicaux pour remplacer un appareil perdu, égaré ou volé, ou pour fournir un double d'appareil;
- les fournitures commandées ou les soins rendus avant la date à laquelle la personne est devenue une personne assurée;

- les frais de manutention;
- les formules de lait maternisé ou les suppléments caloriques, peu importe si ces formules ou ces suppléments contiennent des vitamines ou des minéraux; ou
- les fournitures ou les services achetés auprès d'un fournisseur ou reçus d'un fournisseur qui n'est pas approuvé par l'Empire Vie.

HOSPITALISATION

Le présent régime couvre les frais de séjour en chambre privée et/ou semi-privée, tel qu'indiqué au tableau des garanties, et autres services hospitaliers pour une hospitalisation dans votre province de résidence, sans limite quant au nombre de jours d'hospitalisation.

Le présent régime couvre la différence entre le tarif en salle commune de l'hôpital et celui en chambre semi-privée, y compris tout tarif modérateur imposé par le gouvernement quant aux frais hospitaliers, là où la loi permet de couvrir de tels frais, sans limite quant au nombre de jours d'hospitalisation.

MÉDICAMENTS - Substitution obligatoire générique

Votre protection exige la substitution des médicaments prescrits par les médicaments interchangeables moins chers disponibles, s'il existe de tels médicaments.

"Médicaments interchangeables les moins chers" s'il en existe, s'entend des médicaments interchangeables à moindre coût (qu'il s'agisse d'un médicament générique ou de marque), qui renferment la même quantité des mêmes ingrédients actifs et qui présentent la même forme pharmaceutique qu'il est précisé sur l'ordonnance du médecin.

Cette protection exige généralement qu'une personne assurée substitue les médicaments prescrits pour les médicaments interchangeables moins chers s'il existe de tels médicaments. Nous limitons le remboursement dans le cadre de cette protection au coût des médicaments interchangeables moins chers, s'il y a lieu, même si le médecin prescripteur indique par écrit "aucune substitution" sur l'ordonnance et conformément au processus d'exception décrit ci-dessous. Si la personne assurée n'achète pas les médicaments interchangeables moins chers (s'il y a lieu), elle paiera la différence de coût entre le médicament prescrit et les médicaments interchangeables moins chers.

Le remboursement dans le cadre de la substitution obligatoire par médicaments génériques de votre régime est assujéti au processus d'exception suivant. Si vous ou l'une des personnes à votre charge assurées souffrez d'effets indésirables d'un médicament interchangeable à moindre coût, vous pouvez faire une demande d'exception à l'Empire Vie pour le remboursement d'un médicament sur ordonnance plus cher. L'Empire Vie pourrait approuver la demande, et ce, à sa seule discrétion, si vous fournissez des preuves médicales suffisantes et soumettez le formulaire "Demande de substitution de médicament". Lorsque l'Empire Vie aura donné son approbation, celle-ci vous remboursera le médicament prescrit plus cher. L'Empire Vie déterminera la durée de l'exception et se réserve le droit de demander des preuves médicales supplémentaires en tout temps. Vous êtes responsable de tous les frais engagés pour remplir le formulaire "Demande de substitution de médicament".

Sous réserve du processus d'exception précité, votre régime prévoit le remboursement des frais admissibles engagés dans votre province de résidence pour le moins cher des médicaments interchangeables à moindre coût délivrés par un médecin ou un pharmacien et disponibles seulement sur ordonnance d'un médecin, d'un pharmacien ou d'un autre professionnel de la santé autorisé, s'il y a lieu, en vertu des lois provinciales, dans la mesure où ils sont généralement reconnus efficaces pour le traitement de la maladie ou de la blessure en cause et ne sont pas considérés excessifs ni injustifiés, d'après la thérapeutique généralement acceptée pour la maladie ou la blessure en question, telle que déterminée par la compagnie. Pour être considérés comme des frais admissibles aux termes de la présente garantie, les médicaments doivent avoir un DIN (Drug Identification Number), c'est-à-dire un numéro d'identification du médicament, valide et attribué en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*.

Le paiement de certains médicaments est soumis à l'approbation préalable de la compagnie, tel que déterminé par la compagnie.

Le processus d'autorisation préalable s'applique principalement aux médicaments à coût élevé et est fondé sur divers facteurs, notamment des critères cliniques, les directives d'utilisation, les approbations appropriées des autorités gouvernementales et l'information fournie par le médecin de la personne assurée. Le document Liste des médicaments à autorisation spéciale du programme d'autorisation préalable, tel qu'il peut être mis à jour de temps à autre par l'Empire Vie, présente la liste des médicaments qui sont soumis au processus d'autorisation préalable et établit les principales lignes directrices. Les versions courantes des formulaires et des lignes directrices sont accessibles à partir du site de l'Empire Vie à www.empire.ca.

De tels médicaments peuvent inclure, mais ne sont pas limités, à :

- des drogues et des médicaments qui ne requièrent pas une ordonnance en vertu de la loi à condition d'avoir un DIN valide et d'être prescrits par un médecin, un pharmacien ou tout autre professionnel de la santé autorisé, s'il y a lieu, en vertu des lois provinciales. Ces drogues et médicaments comprennent, mais sans s'y limiter, les catégories suivantes : antipaludiques, fibrinolytiques, nitroglycérine, remplacements du potassium, sels de fer purs, fluorures purs, agents de débridement enzymatiques topiques, agents thyroïdiens,
- l'insuline et l'approvisionnement pour insuline (c'est-à-dire aiguilles, seringues pour insuline, analyses diagnostiques), à l'exclusion des tampons et de l'alcool à friction,
- tous les produits injectables, incluant les vitamines prises par injection, (à moins qu'ils soient utilisés dans le cadre d'un programme d'amaigrissement), les sérums et les vaccins, et
- les composés extemporanés préparés par un pharmacien, pourvu que l'ingrédient actif principal soit considéré comme des frais admissibles aux termes de la présente garantie.

Ces drogues et médicaments sont inclus sous réserve de l'évolution des avancées médicales et de toute modification des pratiques de prise de décision de l'Empire Vie en matière de règlements.

L'Empire Vie surveille la garantie d'assurance médicaments de ce régime. Dans le cadre de cette surveillance, l'Empire Vie peut, à tout moment, sans préavis et à son entière discrétion, imposer des restrictions d'admissibilité pour un médicament. Les restrictions peuvent comprendre, mais sans s'y limiter :

- L'exigence d'une autorisation préalable de l'Empire Vie pour le remboursement d'une demande de règlement;
- L'obligation de se procurer le médicament dans une pharmacie en particulier,
- L'obligation d'obtenir des médicaments équivalents à moindres coûts utilisés aux mêmes fins, notamment un médicament biosimilaire.

Limites et exclusions

- toute drogue ou tout médicament qui ne possède pas un DIN (Drug Identification Number), c'est-à-dire un numéro d'identification du médicament) valide et attribué en vertu de la Loi sur les aliments et drogues,
- tout médicament qui peut être acheté sans ordonnance. L'exclusion pouvant s'appliquer également à tout produit en vente libre, qu'il ait été prescrit ou non, à moins que la drogue ou le médicament fait partie de l'une des catégories listées dans la section ci-dessus,
- les stéroïdes anabolisants et tout article réputé être un produit cosmétique, et
- les médicaments et les traitements, incluant, mais sans s'y limiter, les injections intraveineuses ou intrathécales effectuées à l'interne, à l'externe ou en urgence, qui requièrent une hospitalisation ou une surveillance médicale professionnelle (par ex., un médecin, un infirmier ou un autre professionnel de la santé autorisé, s'il y a lieu, en vertu des lois provinciales) peu importe si le médicament ou le traitement est administré dans un hôpital, dans une clinique financée par le secteur public ou privé, dans un établissement de soins ou dans une résidence privée.
- toute restriction d'admissibilité relative à la surveillance des médicaments, et
- tout médicament ou traitement non utilisé ou administré conformément aux indications thérapeutiques autorisées par Santé Canada (p. ex., utilisation hors indication), même si ce médicament ou cet acte est habituellement utilisé dans le cadre du traitement d'autres maladies ou blessures.

Le présent régime exclut également en partie:

- les vitamines (autres que celles prises par injection et utilisées hors du cadre d'un programme d'amaigrissement),
- les médicaments brevetés et les produits de santé naturelle,
- les fournitures chirurgicales et de premiers soins,
- les atomiseurs et vaporisateurs,
- les succédanés de sucre et de sel,
- le lait maternisé et les aides et aliments diététiques,
- les produits d'entretien pour lentilles cornéennes,
- les aides diagnostiques et tests de laboratoire,
- les contraceptifs autres que ceux pris par voie orale,
- les pastilles, rince-bouche, pâtes dentifrices et produits cosmétiques,
- les shampooings non médicamenteux, démaquillants, lotions protectrices et émollientes et savons, et
- tout avantage offert par votre régime d'assurance maladie gouvernemental.

NOTE: Les frais de préparation varient selon la province de résidence et sont plafonnés en fonction des frais raisonnables et habituels dans chaque province.

Médicaments favorisant la fertilité, produits antitabagiques et médicaments pour dysfonctionnement sexuel

a) Médicaments favorisant la fertilité

Les médicaments favorisant la fertilité délivrés par un médecin ou un pharmacien ou d'autre professionnel de la santé, s'il y a lieu selon les lois provinciales, sont admissibles en vertu de la présente police, tel qu' indiqués au tableau des garanties.

b) Produits antitabagiques

Les produits antitabagiques délivrés par un médecin ou un pharmacien et disponibles seulement sur ordonnance d'un médecin, d'un pharmacien ou d'autre professionnel de la santé, s'il y a lieu selon les lois provinciales, sont admissibles en vertu de la présente police, tel qu' indiqués au tableau des garanties.

c) Médicaments pour dysfonctionnement sexuel

Le présent régime ne couvre pas les médicaments pour dysfonctionnement sexuel.

SOINS MÉDICAUX MAJEURS

Le présent régime prévoit le remboursement des frais admissibles suivants que vous engagez dans votre province de résidence.

Fournitures et appareils médicaux

- **Une recommandation distincte d'un médecin est nécessaire pour chaque fourniture et chaque appareil médical prescrit.** Toute demande de règlement doit être soumise dans une période de six (6) mois suivant la date de la recommandation du médecin ainsi que du diagnostic. Seuls les fournitures et les appareils **médicalement nécessaires** sont couverts en vertu de ce régime. Les fournitures et les appareils médicaux prescrits uniquement pour le confort, le sport ou les activités récréatives ne sont pas admissibles aux termes du présent régime. La compagnie se réserve le droit de demander des renseignements supplémentaires concernant toute fourniture ou tout appareil médical prescrit.
- La compagnie assumera les frais admissibles (jusqu'à concurrence du moindre du maximum indiqué dans le tableau des garanties ou des **frais raisonnables et habituels**) **médicalement nécessaires** au traitement d'une maladie ou d'une blessure pour une personne assurée.
- Avant d'acheter une fourniture ou un appareil, la personne assurée devrait communiquer avec la compagnie afin d'obtenir les frais raisonnables et habituels pour une fourniture ou un appareil ainsi que la confirmation que la fourniture ou l'appareil en question est couvert en vertu de ce régime.

Le présent régime couvre la location ou l'achat, selon le choix de l'Empire Vie, de l'**équipement durable suivant**, sous réserve de toute franchise, de toute coassurance et de tout maximum applicables figurant au tableau des garanties :

- équipement aérosol, tentes à inhalation, et nébuliseurs pour fibrose kystique, emphysème aigu, bronchite obstructive chronique ou asthme chronique,
- moniteurs d'apnée pour les arythmies respiratoires,
- yeux artificiels, y compris la réparation et le remplacement,
- membres artificiels, y compris la réparation et le remplacement de prothèses esthétiques de base, excluant les prothèses dotées ou ayant besoin d'une pile, d'électronique, d'un moteur ou d'un ordinateur (par ex., membres myoélectriques),
- barres de lit,

- appareils orthopédiques avec soutien rigide, ajustés dans une installation d'approvisionnement en fournitures médicales dûment autorisée en vertu de la réglementation provinciale, s'il y a lieu,
- équipement de contrôle et d'administration pour diabétiques,
- prothèses mammaires externes et deux soutiens-gorge thérapeutiques par période d'indemnisation, à la suite d'une mastectomie,
- moniteur d'apnée (CPAP), respirateur à pression positive intermittente,
- minerves,
- lits d'hôpital standard, à l'exclusion de lits électriques,
- orthèses du pied fabriquée sur mesure à partir d'un moulage en plâtre ou en mousse ou d'une numérisation 3D du pied de la personne assurée,
- harnais d'épaule,
- sphymomanomètres (brassard de tensiomètre),
- appareils de traction,
- activateurs percutanés des nerfs (TENS),
- barres de trapèze,
- fauteuils roulants ordinaires ou fauteuils roulants électriques, s'ils sont médicalement nécessaires.

Les frais relatifs à l'entretien de **l'équipement médical durable** ne constituent jamais des frais admissibles.

Le présent régime couvre la location ou l'achat, selon le choix de l'Empire Vie, des fournitures et appareils suivants, sous réserve de toute franchise, de toute coassurance et de tout maximum applicables figurant au tableau des garanties :

- plâtres,
- cannes et cadres de marche,
- colliers cervicaux,
- trousses Clinitest et comprimé ou bâtonnets réactifs pour diabétiques ou fournitures chimiques semblables pour tests à domicile, si exclus sous Médicaments,
- appareils et fournitures pour colostomie,
- béquilles,
- appareils et fournitures pour iléostomie,
- insuline, si exclus sous Médicaments,
- seringues de type monojet pour l'injection d'insuline, si exclus sous Médicaments,
- vêtements de compression pour brûlures,
- manches de compression pour lymphœdème résultant d'une chirurgie,
- lancettes, si exclus sous Médicaments,
- chaussures orthopédiques conçues individuellement et fabriquées selon des spécifications médicales, ou les rajustements faits aux souliers de série pour des raisons orthopédiques
- oxygène et fournitures d'oxygène,
- attelles, à l'exclusion des attelles dentaires,
- bas de contention avec une force de compression de 20 mmHg ou plus,
- bandages pour moignon,
- sondes urétrales,
- Viscosuppléance prescrite par un médecin et limitée à deux ensembles de trois injections du maximum figurant au tableau des garanties par genou
- perruques à la suite d'une chimiothérapie ou d'une radiothérapie pour le cancer.

Services d'ambulance

Le présent régime couvre le transport d'urgence dans une ambulance autorisée à destination et en provenance de l'hôpital. En outre, lorsque les circonstances le justifient, le régime couvre le transport dans une ambulance aérienne autorisée ou par lignes aériennes commerciales à destination de l'hôpital le plus près apte à rendre les soins médicaux d'urgence nécessaires.

Soins infirmiers privés

Le présent régime couvre le coût des soins donnés par une infirmière diplômée ou une infirmière auxiliaire autorisée qui est dûment qualifiée, n'a pas de lien consanguin ni matrimonial avec la personne assurée ou avec un membre de la famille de la personne assurée et qui n'habite pas le domicile de la personne assurée. Les soins doivent :

- être rendus au domicile de la personne assurée, pourvu que ce domicile ne soit pas une institution;
- être rendus sur recommandation écrite d'un médecin,
- avoir été approuvés au préalable par l'Empire Vie
- être limités au nombre d'heures et au niveau de compétences minimaux nécessaires pour offrir chaque soin infirmier essentiel, comme déterminé par la Compagnie, et
- servir au traitement à court terme d'une blessure grave ou d'une maladie aiguë ou pour favoriser le rétablissement suite à une opération. À des fins de clarté, aucune indemnité ne sera versée pour des soins chroniques et/ou pour des conditions médicales de longue durée.

Ces services sont payables sous réserve du maximum figurant au tableau des garanties. Cependant, nous ne verserons pas d'indemnités pour l'aide domestique, les personnes de compagnie, les services de soutien psychologique ou de counseling, les soins de soutien (par exemple : bain, habillement ou nourriture), les soins pour enfants ou les tâches d'entretien ménager.

La compagnie se réserve le droit de demander des renseignements supplémentaires au moment de la demande de règlement ainsi qu'en rapport à une demande de règlement en cours.

Procédures de laboratoire à des fins diagnostiques

La présente police couvre les procédures de laboratoire à des fins diagnostiques admissibles effectuées à la demande d'un médecin, et sont payables sous réserve du maximum figurant au tableau des garanties lorsqu'elles sont effectuées par des laboratoires privées. Les procédures admissibles sont:

- Coloscopie,
- Électrocardiogramme (ECG),
- Examens hématologiques,
- Imagerie par résonance magnétique (IRM),
- Tomographie par émission de positons (TEP),
- Mammographie,
- Test d'urine et autres liquides et tissus organiques,
- Tomographie axiale transverse par ordinateur (CAT scan), et
- Échographie/ultrasonographie.

Les tests d'allergie pratiqués par un laboratoire sont exclus.

Praticiens paramédicaux

Le présent régime couvre divers praticiens paramédicaux, pourvu que de tels services soient rendus par une personne avec laquelle vous n'avez aucun lien consanguin ni matrimonial. Le montant maximum payable figure sous praticiens paramédicaux au tableau des garanties.

Les frais pour des praticiens paramédicaux sont considérés être des frais admissibles avant que vous n'ayez atteint le maximum aux termes de tout régime d'assurance maladie d'État, à moins d'interdiction par toute législation gouvernementale.

Assurance dentaire en cas d'accident

Le présent régime couvre les services d'un dentiste ou d'un chirurgien-dentiste pour la réparation de dents naturelles saines d'une personne assurée endommagées par un coup direct accidentellement porté à la bouche, mais non par un objet placé consciemment ou inconsciemment dans la bouche, de même que le remplacement de dents naturelles saines ou la réduction d'une fracture ou d'une dislocation de la mâchoire. Toutefois, le présent régime ne couvre pas les soins, fournitures ou traitements rendus pour une reconstruction complète de la bouche, pour la correction de la dimension verticale ou pour la correction d'un mauvais fonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire. Le paiement est effectué pour un tel accident pourvu que (1) l'accident survienne tandis que la personne assurée est assurée aux termes de la présente garantie et (2) les services soient rendus dans les 365 jours qui suivent l'accident et pendant que la présente garantie est en vigueur.

Prothèses auditives

Le présent régime couvre le coût d'achat et de réparation de prothèses auditives (à l'exclusion des piles et de l'entretien), sous réserve du maximum figurant au tableau des garanties.

Examens de la vue

Dans les provinces où un examen de la vue est payable par le régime d'assurance maladie provincial, aucun paiement ne sera effectué pour les examens de la vue en vertu de la présente police.

Dans toutes les autres provinces, le paiement des demandes de règlement sera effectué pour un examen de la vue effectué par un optométriste ou un ophtalmologiste, jusqu'à concurrence du montant maximum figurant au tableau des garanties.

Hôpital de convalescence - Frais admissibles

Le présent régime couvre les frais de séjour et les autres services nécessaires en hôpital de convalescence, en excédent du tarif en salle commune, jusqu'à concurrence du montant quotidien indiqué au tableau des garanties. Toutefois, le séjour en hôpital de convalescence doit être précédé d'un séjour d'au moins cinq jours consécutifs à l'hôpital et il doit commencer dans les 14 jours suivant la sortie de l'hôpital. Les frais engagés sont considérés comme admissibles seulement lorsque le séjour en hôpital de convalescence est prescrit par le médecin traitant.

Les indemnités sont payées jusqu'à concurrence de la période maximum figurant au tableau des garanties au cours de toute période d'invalidité.

Tous les séjours dans hôpital de convalescence sont considérés comme une seule période d'invalidité, à moins qu'ils ne soient séparés par un intervalle d'au moins 90 jours.

Pour que les frais engagés soient admissibles, hôpital de convalescence doit être approuvée par les autorités gouvernementales appropriées régissant les centres hospitaliers et elle doit être située au Canada.

Les frais engagés pour des services de garde dans un hôpital de convalescence, un centre d'accueil ou un établissement similaire ne sont pas considérés comme des frais admissibles.

Un hôpital de convalescence n'est pas un foyer pour personnes âgées, aveugles ou sourdes, un centre d'hébergement, une maternité, ou un centre pour alcooliques, toxicomanes ou malades mentaux.

Soins de la vue

La présente police couvre la chirurgie ophtalmique au laser et le coût d'achat et de remplacement (mais non de réparation) de lentilles et de montures ou de lentilles cornéennes, pourvu qu'elles soient prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste et exécutées par un opticien autorisé pour une personne assurée, jusqu'à concurrence du maximum pour soins de la vue figurant au tableau des garanties.

Une période de mois consécutifs commence à la date d'achat de la dépense admissible initiale. Après cette date d'achat initiale, le montant maximum sera réinitialisé selon le tableau des garanties.

Si des lentilles cornéennes sont prescrites pour cicatrisation sévère de la cornée, kératocône ou aphakie, et qu'elles peuvent porter l'acuité visuelle de la personne assurée jusqu'à 20/40 au moins, si ce niveau ne peut être atteint au moyen de lentilles et montures, alors le maximum pour soins de la vue correspondra au plus élevé des montants suivants, jusqu'à concurrence du maximum pour soins de la vue figurant au tableau des garanties.

Nonobstant ce qui précède, la présente garantie ne couvre jamais:

- les aides visuelles esthétiques ou pour d'autres fins spéciales,
- l'entraînement visuel ou la thérapie de réadaptation,
- les lunettes de soleil ou lunettes de protection, qui ne sont pas prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste

À l'extérieur de la province de résidence

(1) **Protection pour recommandation médicale** - Le présent régime couvre les services ci-dessous jusqu'à concurrence du maximum viager figurant au tableau des garanties de la Protection pour recommandation médicale à l'extérieur de la province de résidence. Les services ne doivent pas être disponibles dans la province de résidence de la personne assurée et doivent avoir obtenu l'approbation préalable des autorités régissant le régime d'assurance maladie d'État de la personne assurée et de l'Empire Vie

- (a) **Hospitalisation** - Le présent régime couvre les frais de séjour, raisonnables et habituels, et les autres services hospitaliers jusqu'à concurrence du maximum figurant au tableau des garanties par jour d'hospitalisation en chambre semi-privée à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée, moins la somme prévue pour ces jours d'hospitalisation en vertu du régime d'assurance maladie d'État de la province de résidence de la personne assurée.
- (b) **Soins rendus par un médecin** - Le présent régime couvre les frais engagés pour les services rendus à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée, sur la recommandation du médecin de la personne assurée pratiquant dans la province de résidence de la personne assurée. Le montant accordé correspond au montant payé par le régime d'assurance maladie d'État de la province de résidence de la personne assurée; toutefois, les indemnités payables par tous les régimes ne doivent pas être supérieures à 100 % des frais effectivement engagés.
- (c) **Autres soins médicaux** - Le présent régime couvre les frais engagés pour les soins médicaux admissibles selon les mêmes conditions et restrictions que s'ils avaient été engagés dans la province de résidence de la personne assurée.
- (d) **Services rendus en consultation externe** - Le présent régime ne couvre pas les services rendus en consultation externe de la Protection pour recommandation médicale.

(2) **Protection en cas d'urgence** – Dans le cas d'une personne assurée qui 1) voyage à l'extérieur de sa province de résidence par affaires ou à des fins personnelles, et qui 2) est assurée pour la durée du séjour à l'extérieur de la province par un régime d'assurance maladie d'État les services ci-dessous s'appliquent pour la période indiquée au tableau des garanties. Toutefois, si une personne assurée est hospitalisée des conséquences directes d'une urgence médicale couverte au cours de la période indiquée au Tableau des garanties, la protection se poursuit jusqu'à la date du congé de l'hôpital, pourvu que la protection ait été octroyée aux termes du régime d'assurance maladie d'État de la province de résidence de la personne assurée. Le présent régime couvre les frais admissibles jusqu'à concurrence du maximum viager figurant au tableau des garanties pour la protection À l'extérieur de la province de résidence - protection en cas d'urgence.

(a) **Hospitalisation** - Le présent régime couvre les frais de séjour et les autres services hospitaliers pour le traitement d'urgence d'une maladie ou d'une blessure. Le montant accordé correspond aux frais de séjour quotidiens, raisonnables et habituels, à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée, par jour d'hospitalisation en chambre semi-privée, moins la somme prévue pour ces jours d'hospitalisation aux termes du régime d'assurance maladie d'État de la province de résidence de la personne assurée.

(b) **Services rendus en consultation externe** - Le présent régime couvre les services d'urgence rendus en consultation externe.

(c) **Soins rendus par un médecin** - Le présent régime couvre l'excédent des frais engagés, raisonnables et habituels, pour de tels soins jusqu'à concurrence du montant accordé ou exigible en vertu du régime d'assurance maladie d'État de la province de résidence de la personne assurée.

(d) **Autres soins médicaux** - Le présent régime couvre les frais engagés pour les soins médicaux admissibles selon les mêmes conditions et restrictions que s'ils avaient été engagés dans la province de résidence de la personne assurée.

(e) **Programme d'assistance d'urgence en cours de voyage**

Votre garantie d'assurance maladie complémentaire couvre déjà une vaste gamme de soins de santé lorsque vous voyagez hors de votre province de résidence. Le programme d'assistance d'urgence en cours de voyage vous assure à vous et aux personnes à votre charge (s'il y a lieu) une accessibilité rapide et simple aux soins garantis selon les dispositions de votre protection, en plus d'offrir des avantages supplémentaires.

L'Empire Vie a conclu une entente avec Allianz Global Assistance dans le but de fournir des services d'assistance et de paiement des demandes de règlement lorsqu'une urgence survient en cours de voyage. S'il devait vous arriver une urgence lorsque vous voyagez, nous vous aiderons pour l'acquittement des factures ainsi que l'organisation de votre voyage de retour.

En cas d'urgence durant un voyage, vous et vos personnes à charge (s'il y a lieu) pourrez communiquer avec Allianz Global Assistance 24 heures sur 24. Il suffit de composer l'un ou l'autre des numéros imprimés sur votre carte des garanties et de vous identifier en citant les données indiquées sur votre carte. Un coordonnateur multilingue vous aidera pour ce qui suit :

(i) **Accès 24 heures sur 24** - Des services multilingues sont offerts toute l'année, 24 heures sur 24, que ce soit par téléphone, télex ou télécopieur, y compris des services d'interprétation dans les langues les plus courantes.

(ii) **Recommandation médicale** - En cas d'urgence médicale, on recommandera un médecin, un dentiste ou un établissement médical approprié à la personne assurée.

- (iii) **Transport pour raisons médicales** - Le transport vers l'établissement médical approprié le plus proche ou vers le Canada en cas d'urgence est couvert jusqu'à tout maximum indiqué au tableau des garanties, s'il est jugé médicalement nécessaire.
- (iv) **Paiements immédiats à l'hôpital** - Des dispositions seront prises pour la vérification de l'assurance et le paiement des indemnités. Les services coûtant 200 \$ ou moins doivent être payés directement par la personne assurée, qui doit conserver ses reçus pour être remboursée.
- (v) **Rapatriement du corps** - Si une personne assurée décède à l'étranger, les dispositions approuvées par Allianz Global Assistance nécessaires à la préparation et au rapatriement du corps de la personne assurée dans la province de résidence d'une telle personne assurée seront prises. Les maximums admissibles sont indiqués au tableau des garanties.
- (vi) **Rapatriement des enfants à charge** - Le rapatriement des personnes à charge non accompagnées et âgées de moins de 16 ans sera pris en charge en cas d'hospitalisation de la personne assurée. Des dispositions seront prises concernant le paiement de leur transport en classe économique jusqu'à leur lieu de résidence au Canada si le billet original ne peut plus être utilisé. Au besoin, les services d'un accompagnateur qualifié pourront être obtenus.
- (vii) **Retard en cours de voyage** - Si une personne assurée n'a pu faire le voyage de retour tel que prévu en raison de son hospitalisation, le transport en classe économique est couvert jusqu'à son lieu de départ si le billet original ne peut plus être utilisé et qu'il n'est pas possible de prendre des dispositions avec le transporteur pour faire changer le billet original.
- (viii) **Visite d'un membre de la famille** - Si une personne assurée voyageant seule est hospitalisée pour une durée prévue de plus de sept (7) jours, le transport aller-retour en classe économique jusqu'au lieu de son hospitalisation sera offert à l'un des membres de sa famille immédiate. Aux fins de cette garantie, la famille immédiate s'entend de la mère, du père, du conjoint, d'un enfant, d'un frère ou d'une sœur. Les dépenses pour les repas et l'hébergement du membre de la famille lors de sa visite seront aussi remboursées jusqu'à concurrence de tout maximum indiqué pour le voyage, les repas et l'hébergement dans le tableau des garanties.
- (ix) **Retour d'un véhicule** - Une assistance sera fournie en cas d'urgence médicale pour le retour du véhicule de la personne assurée au lieu de départ ou à l'agence de location la plus proche. Le remboursement de tout maximum pour les dépenses liées au retour d'un véhicule est indiqué au tableau des garanties.
- (x) **Services juridiques** - Des personnes-ressources du domaine juridique seront recommandées au besoin, et une assistance sera fournie pour la prise d'arrangements pour des avances de fonds sur carte de crédit ou auprès de la famille ou d'amis s'il faut verser une caution ou payer des honoraires.
- (xi) **Perte de documents et de billets** - De l'aide sera fournie pour entrer en contact avec les autorités locales et pour remplacer les passeports, billets de voyage et visas perdus.

- (xii) **Centre de messages** - Grâce au centre de messages mis à leur disposition, les personnes assurées peuvent échanger des messages avec leur famille, leurs amis et leurs associés en cas d'urgence. Tous les messages sont conservés pendant 15 jours.

Les services décrits en (i) à (xii) inclusivement font l'objet d'un maximum combiné viager global figurant au tableau des garanties.

La personne assurée doit communiquer avec l'administrateur du programme d'assistance d'urgence en cours de voyage immédiatement après que l'urgence ait eu lieu et avant de recevoir les soins médicaux, sauf lorsqu'il est raisonnablement impossible de fournir un préavis pour des raisons médicales ou des circonstances exceptionnelles. Le défaut de communiquer avec l'administrateur du programme d'assistance d'urgence en cours de voyage avant de recevoir les soins médicaux pourrait entraîner le refus ou la réduction du remboursement.

Aucune protection ne sera offerte pour une condition médicale si la personne assurée a constaté des symptômes ou obtenu des soins médicaux pour cette condition médicale dans les trois mois qui précèdent immédiatement la date de départ, si l'urgence médicale découle de cette condition médicale durant le voyage.

Une condition médicale préexistante peut être couverte pourvu que la condition soit stable avant le voyage et qu'une attention médicale ne soit pas prévue ou anticipée durant la période du voyage.

L'Empire Vie se réserve le droit de demander les notes cliniques et le dossier du médecin de famille de la personne assurée ou de tout autre professionnel de la santé qui a fourni des soins médicaux à la personne assurée.

Restrictions et exclusions – protection à l'extérieur de la province de résidence

Un voyage dans le but de recevoir des soins médicaux est exclu de la protection, même s'il a lieu sur la recommandation d'un conseiller médical, sous réserve de la section À l'extérieur de la province de résidence - protection sur la recommandation d'un médecin.

La personne assurée doit être couverte en vertu d'un régime d'assurance maladie d'État pour la durée du voyage. Il incombe à la personne assurée de vérifier avant son départ si son régime d'assurance maladie d'État lui offre une protection pour la durée de son voyage.

La protection en vertu de la présente garantie est limitée aux montants excédant les montants couverts par le régime d'assurance maladie d'État.

Cette protection à l'extérieur de la province de résidence est un régime secondaire, c'est-à-dire que la protection en vertu de la présente garantie est limitée aux montants excédant toutes les autres protections offertes par tous les autres régimes ou assurances offrant des garanties similaires. Les garanties seront coordonnées avec tous les autres régimes en vertu de la ligne directrice LD17 de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de, pour que les demandes de règlements payées n'excèdent pas cent pour cent (100 %) des frais autorisés payés.

Les services du programme d'assistance d'urgence en cours de voyage ne sont offerts que dans **certains pays** dont la liste peut varier de temps à autre. **Il incombe à la personne assurée de vérifier avant son départ si le pays de sa destination est sur cette liste.**

L'Empire Vie n'assume aucune responsabilité pour tout avis médical ou juridique donné à la personne assurée ou pour son bénéficiaire. Ces avis comprennent, mais sans s'y limiter, des conseils médicaux ou juridiques donnés par quelque avocat, technicien juridique, médecin ou autre professionnel de la santé.

L'Empire Vie ne peut être tenue responsable de toute négligence, de toute omission ou de tout acte fautif commis par toute autre personne ou entité qui fournit un service direct à la personne assurée ou pour son bénéficiaire conformément aux services ci-dessus, incluant, mais sans s'y limiter, un avocat, un technicien juridique, un médecin ou autre professionnel de la santé.

Aucune protection n'est accordée pour une urgence liée à (i) une grossesse ou un accouchement, incluant les soins du nouveau-né, après la 32^e semaine de la grossesse ou (ii) la provocation délibérée d'une fausse couche.

Aucune protection n'est accordée pour une urgence durant une grossesse si les antécédents médicaux de la personne assurée indiquent un risque plus élevé que la normale d'un accouchement prématuré ou de complications.

Aucune protection n'est accordée à l'égard de tous frais admissibles pour des soins médicaux, une poursuite de traitement, une récurrence ou une complication relativement à une condition ou à des conditions qui surviennent alors qu'une personne assurée voyage à l'extérieur de sa province de résidence (i) s'il a été déterminé par un conseiller médical que la personne assurée était médicalement apte à retourner dans sa province de résidence et que (ii) la personne assurée refuse de retourner dans sa province de résidence pour obtenir des soins médicaux et/ou choisit de poursuivre son voyage.

La personne assurée doit respecter une période minimale de 90 jours consécutifs entre son retour dans sa province de résidence et son départ pour un nouveau voyage à l'extérieur de sa province de résidence; sinon, aucune indemnité ne sera versée pour un traitement médical, une prolongation de traitement, une récurrence ou une complication relatifs à une condition ou à des conditions pour lesquelles un règlement a été versé pendant le voyage précédent en dehors de la province de résidence.

Aucune protection n'est accordée pour toute condition médicale dont les symptômes ont été ignorés ou pour laquelle les conseils médicaux n'ont pas été suivis ou les soins médicaux recommandés n'ont pas été obtenus.

Aucune protection ne sera accordée pour les soins médicaux dans le cas de tout accident que subit la personne assurée alors qu'elle participait à un sport ou à une activité dangereuse. Sont inclus dans les activités dangereuses, mais sans s'y limiter : ski et planche à neige hors-piste, bobsleigh, luge, skeleton, course de véhicule motorisé, saut d'obstacles, escalade, alpinisme, parachutisme, vol en planeur, vol en deltaplane, chute libre, saut à l'élastique, canyoning, plongée sous-marine sans certification, spéléologie, tout sport ou toute activité en échange d'une rémunération, tout sport ou toute activité qui donne lieu à des prix en argent, et tout sport ou toute activité extrême. Cette limite ne s'applique pas aux sports ni aux activités accessibles normalement aux membres du grand public sans requérir de compétence ou de formation particulières.

Aucune protection n'est accordée pour des soins médicaux dans le cas de tout accident qui résulte de l'opération d'un véhicule motorisé alors que les facultés de conduite de la personne assurée sont affaiblies en conséquence directe de l'abus de substance ou alors que le taux de drogue ou d'alcool de la personne assurée excède la limite maximale permise par la loi dans la compétence où l'accident a eu lieu. L'abus de substance s'entend, mais sans s'y limiter, de : (i) l'abus de médicaments (sur ou sans ordonnance), de drogues ou d'alcool; (ii) l'usage de drogues ou de produits illicites ou expérimentaux; (iii) toute autre toxicomanie ou dépendance aux drogues; et (iv) toute condition découlant de l'abus de médicaments, de drogues ou d'alcool.

À des fins de clarté, la section sur les restrictions et les exclusions de la section de la garantie d'assurance maladie complémentaire générale s'appliquent également à la Protection à l'extérieur de la province de résidence.

^{MD} Marque déposée de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.
Les polices sont établies par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

Placements • Assurance • Solutions d'assurance collective
www.empire.ca info@empire.ca



