Votre régime d'assurance collective

METRO RICHELIEU INC.
(DIVISION VIANDES ET SURGELÉS) ET
UNION INTERNATIONALE DES TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES UNIS DE L'ALIMENTATION ET DU COMMERCE (SECTION LOCALE 1991-P)

Police nº Q1182

Catégorie 100 - Employés réguliers syndiqués - Montréal

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

metro

Votre régime d'assurance collective

METRO RICHELIEU INC.
(DIVISION VIANDES ET SURGELÉS) ET
UNION INTERNATIONALE DES TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES UNIS DE L'ALIMENTATION ET DU COMMERCE (SECTION LOCALE 1991-P)

Police nº Q1182

Catégorie 100 - Employés réguliers syndiqués - Montréal

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de la police d'assurance collective qui a pris effet le 1er juin 2013. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

Cette version électronique de la brochure a été mise à jour le 1er octobre 2019. Veuillez prendre note que cette version électronique est mise à jour plus régulièrement que la version imprimée de votre brochure. Des divergences peuvent donc apparaître entre les deux documents.

TABLE DES MATIÈRES

COMPTES ET CATÉGORIES	1
TABLEAU DES GARANTIES	2
DÉFINITIONS	12
ADMISSIBILITÉ	16
PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE ET EXONÉRATION DES PRIMES	18
CESSATION DE L'ASSURANCE	21
DEMANDES DE PRESTATIONS	22
ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT	25
ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE	29
ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ADHÉRENT	31
ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE DE L'ADHÉRENT	38
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT	47
ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE	56
BON À SAVOIR	77

COMPTES ET CATÉGORIES

COMPTES

Compte	Nom du compte
AQ1182	Viandes et surgelés – Montréal

CATÉGORIES

Catégorie	Description de la catégorie
100	Employés réguliers syndiqués du compte AQ1182

COORDONNÉES DE L'ASSUREUR

Les demandes de prestations peuvent être envoyées à l'adresse ou aux numéros de télécopieur suivants :

Bureau des demandes de prestations

C. P. 3950
Lévis (Québec) G6V 8C6

Télécopieur – Demande de prestations d'assurance vie

(418) 838-5496

Télécopieur - Demande de prestations d'assurance salaire

(418) 833-2538

Pour tout renseignement concernant une demande de prestations, le centre de contact avec la clientèle peut être joint au 1 (888) 838-7534.

Le centre de contact avec la clientèle peut également être joint par courriel à l'adresse suivante : servicecollectif@dsf.ca.

TABLEAU DES GARANTIES

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Adhésion : Obligatoire

Conditions d'admissibilité

Nombre d'heures travaillées par semaine : Un minimum de 20 heures par semaine.

Délai d'admissibilité : La date à laquelle l'employé compte 40 jours de service continu pour l'employeur.

Exonération des primes

Garanties d'assurance faisant l'objet de l'exonération des primes en cas d'invalidité totale :

- Assurance vie de base de l'adhérent;
- assurance vie de base des personnes à charge;
- assurance mort et mutilation accidentelles de l'adhérent;
- assurance salaire de longue durée de l'adhérent.

Début de l'exonération : Assurances vie de base de l'adhérent, mort et mutilation accidentelles de l'adhérent et des personnes à charge : Après 6 mois d'invalidité totale.

Assurance salaire de longue durée de l'adhérent : À la fin du délai de carence prévu en vertu de la garantie d'assurance salaire de longue durée de l'adhérent.

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

Montant de l'assurance :	* 50 000 $
Maximum sans preuves d'assurabilité :	50 000 $
*** Réduction du montant :**	Au 65e anniversaire de naissance de l'adhérent, le montant d'assurance sera réduit à 3 000 $.

Fin de la garantie

Âge limite :	Au décès de l'adhérent.

ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE

Montant de l'assurance :	Conjoint : 7 000 $
	Chaque enfant : 5 000 $
Début de l'assurance du nouveau-né :	14 jours après la naissance.

Fin de la garantie

Âge limite :	Au décès de l'adhérent.

ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ADHÉRENT

Montant de l'assurance : Le montant est identique au montant d'assurance vie de base détenu par l'adhérent.

Fin de la garantie

Âge limite : Le 70e anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite, selon la première éventualité.

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE DE L'ADHÉRENT

Pourcentage et maximum des prestations :

75 % du revenu hebdomadaire, arrondi au prochain multiple de 1 $, s'il n'en est pas déjà un, jusqu'à concurrence de 650 $.

Intégration à l'assurance emploi :

Aucune

Délai de carence :

0 jour en cas d'accident
2 jours en cas de maladie
0 jour en cas d'hospitalisation.

Base de paiement :

5 jours (ouvrables)

Durée maximale des prestations :

Selon la durée de service de l'adhérent auprès de l'employeur :

- de 2 à 18 mois : 15 semaines
- de 18 mois à 5 ans : 16 semaines
- de 5 à 7 ans : 26 semaines
- de 7 à 10 ans : 34 semaines
- 10 ans ou plus : 52 semaines

Imposition des prestations :

Imposables

<u>Cessation du versement des prestations</u>

Âge limite :

Le 70e anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite, selon la première éventualité.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT

Pourcentage et maximum des prestations :	75 % du revenu mensuel, arrondi au prochain multiple de 1 $, s'il n'en est pas déjà un, jusqu'à concurrence de 2 800 $.
Maximum sans preuves d'assurabilité :	2 800 $
Délai de carence :	365 jours
Durée maximale des prestations :	Jusqu'à l'âge de 65 ans.
Imposition des prestations :	Imposables
Cessation du versement des prestations	
Âge limite :	Le 65e anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite, selon la première éventualité.

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE

Montant de la franchise

Médicaments :	25 $ par protection individuelle ou 25 $ par protection familiale par année civile.
Frais d'hospitalisation :	Aucune
Assurance voyage :	Aucune
Soins de la vue :	Aucune
Pour tous les autres frais :	Franchise combinée avec les frais de médicaments.

Pourcentage de remboursement

Médicaments :

1) Médicaments génériques : 100 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché

2) Médicaments de marque :

   - 100 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché

   - 100 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché

Contribution maximale pour les résidents du Québec pour les médicaments figurant à la liste du régime général de l'assurance médicaments (RGAM) :	Lorsque le montant de franchise, ticket modérateur (si applicable) et coassurance déboursé par l'adhérent au cours de l'année civile atteint le maximum de la contribution annuelle définie par la RAMQ pour les médicaments RGAM seulement, le pourcentage de remboursement devient 100 % pour le reste de cette année civile. Le montant déboursé pour le conjoint s'applique séparément du montant déboursé pour l'adhérent et ses enfants à charge.
Frais d'hospitalisation :	100 %
Assurance voyage :	100 %
Soins de la vue :	100 %
Pour tous les autres frais :	100 %
<u>Limite des frais admissibles</u>	
Frais d'hospitalisation de courte durée :	Le coût d'une chambre à un lit (privée) ou à deux lits (semi-privée) pour chaque jour d'hospitalisation, sans limite quant au nombre de jours.
Frais d'hospitalisation de longue durée dans une maison de convalescence ou de réadaptation :	Le coût d'une chambre à deux lits (semi-privée) pour chaque jour d'hospitalisation, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 120 jours par année civile.

Assurance voyage :	Jusqu'à concurrence d'un maximum viager payable de 4 000 000 $ par personne assurée.
Soins infirmiers :	Couvert
Services paramédicaux :	
• Acupuncteur • chiropraticien • massothérapeute • naturopathe* • ostéopathe • podiatre ou podologue**	Montant payable de 50 $ par visite, limité à un traitement par jour par spécialiste, jusqu'à concurrence de 500 $ par catégorie de spécialistes, par année civile par personne assurée. * Les services d'un naturopathe incluent les traitements au laser pour fumeurs. ** Le maximum indiqué ci-dessus s'applique à l'ensemble des frais engagés auprès de l'un ou l'autre des spécialistes de la catégorie.
• ergothérapeute • physiothérapeute ou physiatre	Limité à un traitement par jour, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 750 $ par catégorie de spécialistes, par année civile par personne assurée.
• psychologue, psychothérapeute ou travailleur social	Limité à un traitement par jour, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 500 $ pour l'ensemble de ces spécialistes, par année civile par personne assurée.
Bas de contention :	Montant payable de 150 $ par année civile par personne assurée.
Services diagnostiques :	Montant payable de 750 $ par année civile par personne assurée
Examen de la vue :	Montant payable de 50 $ par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs dans le cas des adultes et de 12 mois consécutifs dans le cas des enfants de moins de 18 ans.

Soins de la vue

- Rééducation oculomotrice : Montant payable de 300 $ par personne assurée pour toute période de 36 mois consécutifs.

- Lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie : Montant payable de 200 $ par personne assurée par période de 24 mois consécutifs pour les adultes et de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans.

Fin de la garantie

Âge limite : La date de la retraite.

DÉFINITIONS

Dans le cadre du contrat :

Accident désigne toute atteinte corporelle constatée par un médecin et provenant directement et indépendamment de toute autre cause, de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure. Cette définition exclut toute forme de maladie ou de processus dégénératif, ou une hernie inguinale, fémorale, ombilicale ou abdominale, toute infection autre qu'une infection provenant d'une coupure ou d'une blessure apparente et externe, subie par accident.

Adhérent désigne tout employé qui est admissible à l'assurance et y a adhéré et dont l'assurance a pris effet.

Âge désigne l'âge atteint au dernier anniversaire de l'adhérent au moment où il est déclaré ou calculé, ou le jour où un événement prévu au contrat se produit.

Assureur désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Congé de maternité désigne toute période d'absence du travail en raison d'une grossesse au sens de toute loi sur les normes du travail qui est applicable dans la province de résidence de l'adhérent. Le congé de maternité se compose d'un congé volontaire et d'un congé dit « congé de maladie ». Ce congé de maladie débute le jour de l'accouchement et dure au moins 6 semaines (8 semaines dans le cas d'une césarienne). L'adhérent est considéré en congé de maternité pendant toute la période où il reçoit des prestations de maternité en vertu de toute loi fédérale ou provinciale. S'il s'absente du travail en raison d'une invalidité totale ayant débuté avant ou pendant une grossesse, il est considéré en congé de maternité en conformité avec toute loi fédérale ou provinciale à cet effet.

Congé parental désigne toute période d'absence du travail prise par l'adhérent pour s'occuper de son enfant nouveau-né ou adopté, au sens de toute loi provinciale ou fédérale sur les normes du travail ou d'une entente entre l'adhérent et l'employeur.

Congé pour raisons familiales désigne toute période d'absence du travail prise par l'adhérent au sens de toute loi provinciale ou fédérale ou d'une entente entre l'adhérent et l'employeur.

Conjoint désigne toute personne admissible qui réside au Canada et qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations :

1) est légalement mariée ou unie civilement à un adhérent;

2) vit conjugalement avec l'adhérent depuis au moins 12 mois et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union;

3) vit conjugalement avec l'adhérent, a eu un enfant avec lui et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union.

En présence de deux conjoints, un seul sera reconnu par l'assureur pour toutes les garanties d'un même régime. La priorité sera accordée dans l'ordre suivant :

1) le conjoint admissible qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'adhérent à l'assureur, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu du contrat;

2) le conjoint à qui l'adhérent est uni légalement par les liens du mariage ou civilement.

En tout temps, une seule personne peut être couverte en tant que conjoint d'un employé.

Effectivement au travail désigne le fait pour un employé d'exercer, au cours de toute journée de travail, toutes les tâches habituelles reliées au travail qu'il effectue auprès de l'employeur selon le nombre d'heures prévu pour ladite journée.

Employé désigne la personne qui réside au Canada, qui est au service de l'employeur à temps plein à titre permanent et qui travaille le nombre d'heures indiqué au TABLEAU DES GARANTIES. Toutefois, si un employé est domicilié en dehors du Canada, cet employé peut être considéré comme étant domicilié au Canada à condition que l'assureur ait donné préalablement son approbation par écrit.

Employeur désigne toute société inscrite sur la proposition du preneur afférente au contrat ou indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

Enfant à charge désigne l'enfant qui :

1) a moins de 21 ans et à l'égard duquel l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exerce une autorité parentale ou exerçait une autorité parentale jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de la majorité;

2) n'a pas de conjoint, fréquente, ou est réputé fréquenter, à temps plein, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard duquel l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exercerait l'autorité parentale s'il était mineur;

3) est majeur, sans conjoint et atteint d'une déficience fonctionnelle qui est survenue lorsque l'état de cette personne correspondait à l'une ou l'autre des définitions données dans les paragraphes 1) ou 2) ci-dessus. De plus, pour être considérée comme une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, la personne doit être domiciliée chez une personne qui, en plus d'être assurée à titre d'adhérent ou de conjoint d'un adhérent, exercerait l'autorité parentale sur la personne déficiente si elle était mineure.

   Il est entendu que la déficience fonctionnelle sera définie selon ce qui est prévu par le règlement d'application de toute loi provinciale, le cas échéant.

Famille immédiate désigne une personne qui est le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère, la sœur, le beau-fils, la belle-fille, le beau-père, la belle-mère, le beau-frère ou la belle-sœur de l'adhérent couvert en vertu du contrat.

Hôpital désigne tout hôpital ou centre hospitalier que la loi reconnaît comme tel, qui assure principalement la fonction de soigner les personnes malades ou blessées, qui est doté d'installations permettant l'établissement de diagnostics et la réalisation d'opérations chirurgicales majeures et qui dispense des soins infirmiers 24 heures sur 24. Les maisons de santé, les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les maisons de repos, les maisons de convalescence ou les établissements qui dispensent des soins aux alcooliques ou aux toxicomanes ne sont pas compris.

Maladie désigne toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. Pour les besoins de la police, les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme des maladies.

Médecin désigne un médecin dûment qualifié, autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où il fournit les services médicaux.

Personne à charge désigne le conjoint ou un enfant à charge qui réside au Canada. Toutefois, si une personne à charge réside en dehors du Canada, cette dernière peut être considérée comme résidant au Canada à condition qu'elle soit couverte en vertu d'un régime provincial de soins médicaux et que l'assureur ait donné préalablement son autorisation par écrit.

Personne assurée désigne l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge assurées, le cas échéant.

Preneur désigne la société ou le groupe dont le nom est inscrit sur la proposition et figure sur la page frontispice du contrat.

Revenu désigne le taux de rémunération habituel de l'employé qui lui est versé par l'employeur, y compris les dividendes. Ceci n'inclut pas les bonis, les heures supplémentaires et toute autre forme de rémunération.

Dans le cas où la garantie d'assurance salaire de courte durée est enregistrée aux fins de la réduction du taux de cotisation de l'assurance emploi, les primes, les heures supplémentaires ou toute rémunération supplémentaire reçues sur une base régulière font partie du revenu. La somme de ces montants doit être déclarée comme revenu à l'assureur par le preneur.

Dans le cas d'un employé dont la rémunération provient en totalité ou en partie de commissions ou de dividendes, revenu désigne le taux de rémunération habituel moyen de l'employé versé par l'employeur, y compris les commissions et les dividendes indiqués sur les feuillets d'imposition applicables de l'employé pour les deux années civiles précédentes. Si l'employé compte moins de deux années de service mais une année et plus, une moyenne des revenus sera établie selon la durée du service. Si l'employé compte moins d'une année de service, revenu désigne le taux de rémunération habituel de l'employé déclaré par l'employeur.

Soins médicaux continus désigne la nature des soins que doit recevoir l'adhérent, lesquels doivent être reconnus comme efficaces, appropriés et essentiels pour l'établissement d'un diagnostic ou le traitement d'une personne en raison d'une maladie ou d'un accident. Ils doivent être raisonnables et de pratique courante, et être donnés ou prescrits par un médecin ou, lorsque l'assureur l'estime nécessaire, par un spécialiste du domaine approprié. Ces soins ne se limitent pas à des examens ou à des tests et leur fréquence doit correspondre à celle qu'exige l'affection en cause.

ADMISSIBILITÉ

ADMISSIBILITÉ DES EMPLOYÉS

Un employé devient admissible à l'assurance :

1) à la date de prise d'effet, s'il satisfait aux conditions d'admissibilité indiquées au TABLEAU DES GARANTIES;

2) après la date de prise d'effet, à compter de la date où il satisfait aux conditions d'admissibilité indiquées au TABLEAU DES GARANTIES.

Un employé dont l'assurance en vertu du contrat a pris fin par suite de cessation d'emploi et qui est réengagé par l'employeur dans les douze mois suivant immédiatement la cessation de son assurance a droit de faire remettre son assurance en vigueur à compter de la date à laquelle il retourne au travail, pourvu que la demande de remise en vigueur soit faite à l'assureur dans les 31 jours suivant cette date d'admissibilité.

ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

L'adhérent ayant des personnes à charge à la date à laquelle il devient admissible à l'assurance en vertu du contrat est admissible à l'assurance des personnes à charge à cette même date.

L'adhérent sans personne à charge qui est assuré en vertu du contrat est admissible à l'assurance des personnes à charge à la date à laquelle il a une personne à sa charge.

DEMANDE D'ADHÉSION

Tout adhérent admissible à l'assurance doit remplir pour lui-même et ses personnes à charge, s'il y a lieu, une demande d'adhésion ou une demande d'exemption dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle il y devient admissible.

DROIT D'EXEMPTION

Un adhérent peut refuser d'être couvert en vertu de la garantie d'assurance accident-maladie ou d'assurance frais dentaires, si elles font partie du contrat, s'il est couvert à titre de personne à charge en vertu du contrat ou d'un autre régime d'assurance collective semblable. Toutefois, si l'on met fin à l'autre régime ou si le conjoint cesse de faire partie d'une catégorie admissible, l'adhérent peut, à compter de la date de cette cessation, être couvert en vertu de la garantie d'assurance à laquelle il avait auparavant choisi de ne pas participer, pourvu qu'une demande en ce sens soit faite par écrit. La garantie d'assurance accident-maladie ou d'assurance frais dentaires prendront effet à la date à laquelle l'adhérent signe la demande et aucune preuve d'assurabilité ne sera exigée.

PERSONNE ASSURÉE DE 65 ANS ET PLUS

Toute personne de 65 ans et plus est assurée d'office par le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments en ce qui concerne les médicaments et autres produits apparaissant sur la liste de ce régime. Les personnes qui désirent maintenir en vigueur la couverture des médicaments prévue par le contrat après leur 65e anniversaire de naissance doivent en faire la demande préalablement par écrit à l'assureur, qui déterminera alors le montant de la prime nécessaire pour les assurer, s'il y a lieu. Toutefois, aucune personne à charge ne peut demeurer assurée en vertu de la garantie d'assurance accident-maladie si l'adhérent ne le demeure pas lui-même.

Toute demande de maintien en vigueur de l'assurance ou toute demande d'exemption pour l'adhérent ou ses personnes à charge, s'il y a lieu, doit être présentée par écrit à l'assureur dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle la ou les personnes concernées deviennent admissibles au régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments.

PREUVES D'ASSURABILITÉ

On entend par preuves d'assurabilité toute attestation relative à l'état de santé physique de la personne ou à d'autres données de fait pouvant influer sur l'acceptation du risque. Seules sont acceptées les attestations faites à l'aide de formulaires approuvés par l'assureur.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE ET EXONÉRATION DES PRIMES

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE DES ADHÉRENTS

L'assurance de tout employé prend effet à la dernière des dates suivantes, pourvu qu'il soit effectivement au travail à cette date :

1) la date de prise d'effet du contrat;

2) la date à laquelle il devient admissible à l'assurance, pourvu que l'assureur reçoive sa demande écrite, remplie selon les exigences de l'assureur, dans les 180 jours suivant la date d'admissibilité;

3) la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité de l'employé s'il reçoit la demande d'assurance de l'employé plus de 180 jours après la date d'admissibilité, sauf dans le cas des garanties d'assurance accident-maladie et d'assurance frais dentaires (si elles font partie du contrat), qui prennent effet à la date à laquelle l'employé signe sa demande écrite, remplie selon les exigences de l'assureur.

Si l'employé n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle son assurance prendrait normalement effet, son assurance débute le premier jour où il reprend effectivement le travail.

Si l'employé n'est pas effectivement au travail à cette date uniquement parce qu'il est en congé payé ou parce que c'est un jour férié, il est considéré comme étant effectivement au travail à cette date.

Si un adhérent demande un montant d'assurance qui excède le montant maximum que l'assureur accorde sans preuves d'assurabilité indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, ce montant d'assurance excédentaire prendra effet à la dernière des dates décrites ci-dessus ou à la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité de l'adhérent selon la dernière des éventualités.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

L'assurance des personnes à charge de l'adhérent prend effet à la dernière des dates suivantes :

1) la date à laquelle l'assurance de l'adhérent prend effet en vertu du contrat;

2) la date à laquelle l'adhérent assuré en vertu du contrat devient admissible à l'assurance des personnes à charge, pourvu qu'une demande soit soumise par écrit dans les 31 jours suivant cette date d'admissibilité;

3) la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité des personnes à charge, si l'adhérent doit fournir des preuves d'assurabilité parce qu'il n'a pas soumis sa demande d'assurance dans les 31 jours suivant la date à laquelle il est devenu admissible à l'assurance, sauf dans le cas de la garantie d'assurance accident-maladie, qui prend effet à la date à laquelle l'employé signe sa demande écrite, remplie selon les exigences de l'assureur;

4) la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité des personnes à charge, si l'adhérent soumet une demande d'assurance des personnes à charge plus de 31 jours après être devenu admissible pour la première fois à l'assurance des personnes à charge, sauf dans le cas de la garantie d'assurance accident-maladie, qui prend effet à la date à laquelle l'employé signe la demande écrite, remplie selon les exigences de l'assureur.

L'assurance de toute personne qui devient une personne à charge admissible d'un adhérent qui a souscrit l'assurance des personnes à charge prend effet à la date à laquelle elle devient une personne à charge conformément à la définition du contrat.

Si une personne à charge (autre qu'un nouveau-né) est hospitalisée à la date à laquelle son assurance prendrait normalement effet, son assurance ne prend effet que le premier jour suivant immédiatement sa sortie de l'hôpital. L'obligation pour une personne à charge de ne pas être hospitalisée ne s'applique toutefois pas à la garantie d'assurance accident-maladie.

EXONÉRATION DES PRIMES

1) Pour les garanties identifiées à cet égard au TABLEAU DES GARANTIES, et ce à compter du début d'exonération des primes qui y est indiqué, aucune prime n'est payable pour tout adhérent qui devient totalement invalide pendant qu'il est couvert en vertu du contrat mais avant d'atteindre l'âge de 65 ans, s'il présente à l'assureur une attestation satisfaisante de cette invalidité totale. Cette exonération se poursuit aussi longtemps que dure l'invalidité totale de l'adhérent. Aux fins du présent article, l'exonération prend fin à la plus hâtive des dates suivantes :

   a) la date à laquelle l'adhérent est incapable ou refuse, dans un délai de trois mois suivant la date de la demande de l'assureur, de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de son invalidité totale;

   b) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;

   c) pour la garantie d'assurance vie, la date à laquelle l'adhérent transforme son assurance en vertu de la disposition relative au DROIT DE TRANSFORMATION;

   d) la date à laquelle l'adhérent atteint 65 ans ou la date de sa retraite, si antérieure.

   e) pour les garanties identifiées dans la partie EXONÉRATION DES PRIMES au TABLEAU DES GARANTIES, la date de la fin de chacune des garanties ou la date de résiliation du contrat en plus des dates susmentionnées, sauf pour les garanties d'assurance vie de base de l'adhérent, d'assurance vie des personnes à charge et d'assurance salaire de longue durée.

2) Les dispositions du contrat qui ont trait à toute augmentation des montants d'assurance cessent de produire leurs effets pendant l'invalidité totale.

3) Si une récidive d'invalidité survient dans les six mois suivant la fin d'une période antérieure d'invalidité totale qui a donné lieu à une exonération des primes en vertu du contrat, cette récidive est considérée comme étant une prolongation de la période antérieure si elle est due aux mêmes causes ou à des causes connexes.

4) Dans le cas de la garantie d'assurance vie, si un adhérent totalement invalide décède plus de 31 jours après la date de cessation de son assurance et avant d'avoir atteint l'âge de 65 ans et que l'assureur n'a reçu aucun avis écrit ni aucune attestation d'invalidité totale pour cet adhérent, le montant d'assurance vie indiqué au TABLEAU DES GARANTIES en vigueur lors de la cessation de son assurance est payable, pourvu que :

   a) l'invalidité totale de l'adhérent soit survenue pendant qu'il était couvert en vertu du contrat;

   b) l'invalidité totale de l'adhérent ait été ininterrompue à compter de la date du début de son invalidité totale jusqu'à celle de son décès;

   c) le décès de l'adhérent survienne dans les 12 mois suivant la date du début de son invalidité totale;

   d) l'adhérent n'ait pas transformé une partie ou la totalité de son assurance en vertu de la disposition relative au DROIT DE TRANSFORMATION au moment où son assurance a pris fin et que;

   e) l'assureur reçoive une attestation satisfaisante d'invalidité totale et une attestation du décès de l'adhérent dans les 12 mois suivant la date du décès.

5) Afin d'être exonéré du paiement de ses primes en vertu de la disposition relative à l'EXONÉRATION DES PRIMES, l'adhérent doit fournir un avis écrit attestant de son invalidité totale. L'assureur doit recevoir cet avis dans les 12 mois suivant la date à laquelle l'adhérent devient totalement invalide ainsi qu'une attestation d'invalidité totale satisfaisante dans les 90 jours suivant la date de réception de l'avis écrit.

   Dans le cas d'une récidive d'invalidité totale, l'assureur doit recevoir un avis écrit et une attestation d'invalidité dans les 12 mois suivant la date du début de cette récidive.

CESSATION DE L'ASSURANCE

CESSATION DE L'ASSURANCE DES ADHÉRENTS

Sous réserve de toute disposition contraire stipulée expressément ailleurs dans le contrat, l'assurance de l'adhérent prend fin au premier des événements à survenir parmi les suivants :

1) la date à laquelle il n'est plus considéré être un employé conformément à la définition en vertu du contrat;

2) la date à laquelle il cesse de faire partie d'une catégorie d'employés admissibles à l'assurance;

3) la date à laquelle il atteint l'âge limite indiqué au TABLEAU DES GARANTIES;

4) la fin de la période pendant laquelle les primes requises ont été versées en son nom;

5) la date à laquelle il cesse d'être effectivement au travail pour une raison autre que la retraite;

6) la date de résiliation du contrat.

CESSATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

Sous réserve de toute disposition contraire stipulée expressément ailleurs dans le contrat, l'assurance des personnes à charge de l'adhérent prend fin au premier des événements à survenir parmi les suivants :

1) la date de cessation de l'assurance de cet adhérent;

2) la date à laquelle l'adhérent cesse d'avoir des personnes à sa charge;

3) la fin de la période pendant laquelle les primes requises pour l'assurance des personnes à charge ont été versées au nom de l'adhérent;

4) la date de cessation de l'assurance des personnes à charge en vertu du contrat.

L'assurance de toute personne à charge de l'adhérent prend fin à la date à laquelle celle-ci n'est plus une personne à charge selon la définition du contrat.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE

L'assurance de l'adhérent peut être maintenue en vigueur après la date de cessation conformément à ce qui est précisé dans le contrat d'assurance.

DEMANDES DE PRESTATIONS

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

L'assureur doit recevoir une déclaration et des preuves de sinistre dans le délai prévu, s'il en est, pour chaque garantie. Advenant la résiliation du contrat, l'assureur n'effectuera aucun versement de prestations à moins que la déclaration et les preuves des pertes subies ne lui soient soumises dans les 180 jours suivant la date de résiliation du contrat.

Le défaut de transmettre la demande de prestations ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus n'empêche pas le paiement de toute prestation pourvu que la demande, les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, aucune prestation ne sera versée si la demande de prestations, les preuves et les renseignements fournis sont transmis plus d'un an après la date de l'événement donnant lieu à la prestation.

Toute action en justice engagée contre l'assureur pour recouvrer des sommes payables en vertu du contrat est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée au cours du délai fixé par la loi sur les assurances ou toute autre loi applicable dans la province de résidence de l'adhérent.

BÉNÉFICIAIRE

Pour l'assurance vie seulement, et sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérent peut désigner ou révoquer en tout temps un ou des bénéficiaires de son assurance en faisant parvenir un avis écrit au siège social de l'assureur. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier.

L'assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou révocation de bénéficiaire.

La somme assurée payable au décès d'une personne à charge assurée est versée à l'adhérent, s'il est vivant. Si l'adhérent est décédé, elle est versée selon les modalités suivantes :

1) advenant le décès du conjoint :

   aux héritiers légaux du conjoint;

2) advenant le décès d'un enfant à la charge de l'adhérent :

   a) au conjoint s'il est vivant;

   b) sinon aux héritiers légaux de l'enfant à charge.

RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Toute demande de prestations au titre du contrat doit être présentée au moyen du formulaire prévu à cette fin par l'assureur.

Toute prestation payable du vivant de l'adhérent est versée à l'adhérent à moins d'indication contraire dans le contrat.

Le bénéficiaire ou l'adhérent doit fournir à l'assureur, au cours de la période de 90 jours qui suit la date du décès, des preuves de décès y compris un rapport médical et des preuves de l'âge et du salaire de l'adhérent ou de la personne à charge assurée ainsi que tout autre renseignement jugé utile.

Si le bénéficiaire désigné est l'ayant droit, le représentant personnel du défunt ou un mineur, ou s'il décède avant l'adhérent ou n'est pas habilité à donner une libération valide, l'assureur se réserve le droit de payer à son gré et à sa discrétion une partie de la somme due en vertu de l'assurance vie de l'adhérent, jusqu'à concurrence de 5 000 $, à toute personne qu'il juge avoir un droit équitable à ladite somme pour couvrir les frais des obsèques de l'adhérent. Ce paiement, s'il est effectué de bonne foi, libère entièrement l'assureur de toute responsabilité jusqu'à concurrence de la somme payée.

EXAMENS MÉDICAUX

À l'occasion, l'assureur a le droit d'exiger que la personne assurée pour laquelle des prestations pourraient être versées soit examinée par un ou des médecins ou par un ou des professionnels de la santé de son choix.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Si une personne qui est couverte par une garantie qui est assujettie à la présente disposition relative à la coordination des prestations est également assurée en vertu d'un autre régime qui fournit des prestations semblables, le montant de ces prestations payables au cours d'une année quelconque fait l'objet d'une coordination.

La coordination des prestations en vertu du contrat est effectuée selon les recommandations de l'association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. de sorte que le total des paiements sous tous les régimes n'excède pas le total des frais admissibles engagés par la personne assurée.

Dans le cadre de la présente disposition, régime désigne le contrat et tout régime fournissant des prestations ou des services en vertu :

1) des autres régimes d'assurance collective;

2) de toute autre forme de contrat, assuré ou non, couvrant les membres d'un groupe;

3) des programmes gouvernementaux ou de toute assurance requise ou fournie par une loi.

Le terme « régime » est interprété distinctement selon qu'il désigne une police, un contrat ou un autre arrangement visant des prestations ou des services ou selon qu'il désigne la partie de la police, du contrat ou de l'autre arrangement qui comporte le droit de pouvoir tenir compte des prestations ou services d'autres régimes pour fixer ses propres prestations, ou la partie qui ne comporte pas un tel droit.

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Invalidité totale ou totalement invalide désigne un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent de se livrer à tout travail pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation et de son expérience.

La disponibilité ou non d'un tel travail rémunérateur dans la région où réside l'assuré n'a aucune incidence sur son droit à des prestations.

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

Formation et expérience désigne l'ensemble des connaissances et des compétences que l'adhérent a pu acquérir au cours de ses études, dans l'exercice de ses activités professionnelles actuelles ou passées, ou durant ses heures de loisir.

PREUVES D'ASSURABILITÉ

L'adhérent qui demande un montant de prestations plus élevé que le montant maximum pouvant être souscrit sans preuves d'assurabilité ainsi qu'il est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES pour la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent doit fournir des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'assureur pour la partie du montant des prestations qui excède ce maximum.

OBJET DE LA GARANTIE

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant que l'adhérent est décédé pendant qu'il était couvert en vertu de la présente garantie, l'assureur paie le montant d'assurance vie de base applicable à cet adhérent ainsi qu'il est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES et conformément aux autres dispositions du contrat.

PAIEMENT ANTICIPÉ

Sur acceptation de l'assureur, tout adhérent totalement invalide dont l'espérance de vie est de moins de 24 mois peut obtenir le paiement d'une partie du montant d'assurance vie de base payable à son décès, sous réserve des conditions suivantes :

1) l'assureur peut exiger que l'adhérent soit examiné par un médecin désigné par l'assureur;

2) l'adhérent totalement invalide doit obtenir l'approbation de l'assureur en vue de l'obtention de l'exonération des primes en vertu de la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent du contrat;

3) toute personne qui a un intérêt dans le montant d'assurance vie de base détenu par l'adhérent doit donner son consentement à ce versement en signant un formulaire fourni par l'assureur.

Le paiement anticipé est toutefois limité à 50 % du montant d'assurance vie de base indiqué au TABLEAU DES GARANTIES. De plus, ce montant ne peut être inférieur à 5 000 $ ou excéder 100 000 $.

Lors du décès de l'adhérent, le montant payable en vertu de la présente garantie est réduit du montant correspondant à la valeur du paiement anticipé.

Le preneur demeure responsable du versement de la prime de tout adhérent ayant bénéficié d'un versement anticipé à moins que l'adhérent ne soit exonéré du paiement des primes.

Valeur du paiement anticipé désigne le total des versements effectués en vertu du paiement anticipé plus les frais raisonnables engagés aux fins de vérification de l'état de santé de l'adhérent totalement invalide plus l'intérêt accumulé y afférent à partir de la date du versement jusqu'à la date du décès de l'adhérent totalement invalide.

Le taux d'intérêt est le taux de rendement annuel moyen des certificats de placement garantis d'un an émis par les sociétés de fiducie canadiennes. Le taux utilisé sera celui établi immédiatement après la date du paiement anticipé, tel que publié dans le bulletin mensuel ou hebdomadaire de statistiques de la Banque du Canada.

EXCLUSION AFFÉRENTE AU PAIEMENT ANTICIPÉ

L'assureur ne procédera pas au versement d'un paiement anticipé si la proposition renferme une déclaration erronée de faits ou si des renseignements importants n'ont pas été divulgués, que ce soit dans une période de deux ans ou non. Si l'on découvre, une fois que le versement du paiement anticipé a été effectué, que la proposition ou la protection est nulle et non avenue, le récipiendaire du paiement anticipé devra rembourser la valeur de ce paiement à l'assureur.

FIN DE LA GARANTIE

Cette garantie prend fin à la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge indiqué au TABLEAU DES GARANTIES ou à la première des dates indiquées dans la partie CESSATION DE L'ASSURANCE DE L'ADHÉRENT.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si l'assurance vie de base d'un adhérent prend fin ou est réduite pour une raison autre que la résiliation du contrat et si cet adhérent est âgé de 65 ans ou moins, il a le droit de transformer tout montant d'assurance, jusqu'à concurrence du montant ainsi perdu, en une police individuelle, sans preuves d'assurabilité.

De plus, le nouveau montant d'assurance vie qui peut être transformé sera limité au moindre des montants suivants :

1) le montant maximal applicable dans la province de résidence de l'adhérent; ou

2) la différence entre le montant d'assurance vie de base en vigueur à la date de cessation de l'assurance et le montant d'assurance auquel l'adhérent est admissible en vertu d'un autre régime d'assurance vie collective au moment où il peut se prévaloir du droit de transformation.

Si l'assurance vie de base d'un adhérent âgé de 65 ans ou moins prend fin en raison de la résiliation du contrat et si cet adhérent a été assuré en vertu de la présente garantie de façon ininterrompue pendant les cinq années précédant immédiatement la résiliation du contrat, il a le droit de transformer en une police individuelle sans fournir de preuves d'assurabilité tout montant d'assurance jusqu'à concurrence du plus élevé des montants suivants : 10 000 $ ou 25 % du montant d'assurance en vertu du contrat. Toutefois, ce montant d'assurance est diminué de toute assurance vie à laquelle l'adhérent devient admissible en vertu d'un contrat quelconque d'assurance collective au cours des 31 jours qui suivent la résiliation du contrat.

La police individuelle choisie conformément aux dispositions ci-dessus est assujettie aux conditions suivantes :

1) l'adhérent doit soumettre une proposition d'assurance individuelle à l'assureur et régler la première prime dans les 31 jours suivant la date de cessation de sa protection en vertu de la présente garantie;

2) la police individuelle peut être une assurance temporaire non transformable jusqu'à l'âge de 65 ans, une assurance temporaire non renouvelable et transformable d'un an ou toute assurance permanente ordinaire offerte par l'assureur à la date de la transformation, à l'exception des assurances permanentes spéciales désignées à l'occasion par l'assureur. Cette police ne comporte pas de disposition d'assurance spéciale exigeant le paiement d'une surprime et ne constitue pas une police selon laquelle le montant d'assurance peut augmenter ou augmentera à l'avenir. L'assureur offre toujours, au moment de la transformation, au moins une assurance permanente. De plus, dans la mesure où l'assureur le permet, l'adhérent peut choisir une option selon laquelle les participations servent à fournir une assurance supplémentaire;

3) si la police individuelle choisie est une assurance temporaire non renouvelable et transformable d'un an, l'adhérent peut décider de verser une prime unique ou des primes trimestrielles et cette police pourra être transformée en une des assurances décrites ci-dessus pourvu qu'il ne s'agisse pas d'une autre police d'assurance temporaire transformable d'un an;

4) la police individuelle établie doit être conforme aux conditions, aux modalités et aux montants d'assurance individuelle qu'utilise normalement l'assureur à la date de la transformation;

5) l'assureur détermine la prime de la police individuelle en fonction du taux applicable, à la date de prise d'effet de cette police individuelle, à l'assurance et au montant d'assurance de la police établie, selon l'âge de l'adhérent à l'anniversaire de naissance le plus proche et la catégorie de risque à laquelle il appartient;

6) le montant d'assurance de la police individuelle doit correspondre au montant d'assurance total que l'adhérent peut transformer, même s'il est inférieur au montant d'assurance minimal qui s'applique normalement à l'assurance choisie;

7) la police individuelle ne prend pas effet avant la fin de la période de 31 jours qui suit immédiatement la date de cessation de l'assurance de l'adhérent en vertu de la présente garantie.

Le montant d'assurance vie de base auquel un adhérent couvert en vertu de la présente garantie est admissible conformément au TABLEAU DES GARANTIES sera diminué de tout montant d'assurance vie individuelle en vigueur sur la vie de l'adhérent établi antérieurement conformément au DROIT DE TRANSFORMATION du contrat ou à la disposition correspondante de toute autre police d'assurance collective établie par l'assureur.

DROIT DE L'ADHÉRENT APRÈS LA CESSATION DE L'ASSURANCE

Si l'adhérent décède dans les 31 jours suivant la cessation de sa protection en vertu de la présente garantie, le montant d'assurance vie de base payable est celui qu'il aurait eu le droit de transformer.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

Avant de régler une demande consécutive à un décès, l'assureur exige des preuves écrites satisfaisantes attestant que le décès a bien eu lieu et que le défunt était admissible à l'assurance au moment du décès, et précisant les causes et les circonstances liées au décès, la date de naissance du défunt et à quel titre le demandeur présente la demande de prestations.

Toute demande de paiement doit être présentée à l'assureur dans les 90 jours suivant la date du décès et une preuve écrite doit être remise dans les 6 mois.

Sous réserve de toute loi applicable, l'assureur peut demander une autopsie afin d'évaluer sa responsabilité en rapport avec un sinistre.

La somme due au décès de l'adhérent est versée au bénéficiaire désigné par l'adhérent dans les 30 jours suivant la réception de preuves suffisantes du décès.

ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE

OBJET DE LA GARANTIE

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant qu'une personne à charge est décédée pendant qu'elle était couverte en vertu de la présente garantie, l'assureur paie le montant d'assurance vie de base des personnes à charge indiqué au TABLEAU DES GARANTIES et aux autres dispositions applicables du contrat.

DÉBUT DE L'ASSURANCE DU NOUVEAU-NÉ

Le nouveau-né d'un adhérent dont les personnes à charge sont déjà assurées devient assuré conformément à ce qui est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES et aux dispositions du contrat, y compris celles qui ont trait au DÉBUT DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE.

FIN DE LA GARANTIE

Cette garantie prend fin à la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge indiqué au TABLEAU DES GARANTIES ou à la première des dates indiquées dans la partie CESSATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE.

DROIT DE TRANSFORMATION DES PERSONNES À CHARGE

Si la garantie d'assurance vie de base des personnes à charge couvrant les personnes à charge pour un montant minimum de 5 000 $ prend fin et si les personnes à charge sont âgées de 65 ans ou moins, l'adhérent, ou les personnes à charge advenant le décès de l'adhérent, peuvent transformer, sans preuves d'assurabilité, l'assurance vie de base des personnes à charge en une police d'assurance individuelle, sous réserve des conditions suivantes :

1) une proposition d'assurance individuelle dûment remplie doit être présentée à l'assureur, et la première prime doit être réglée dans les 31 jours suivant la date de cessation de l'assurance des personnes à charge en vertu de la présente garantie;

2) la police individuelle peut être une assurance permanente ordinaire établie par l'assureur désigné à la date de la transformation, à l'exception des assurances permanentes spéciales désignées à l'occasion par l'assureur. Cette police ne comporte pas de disposition d'assurance spéciale exigeant le paiement d'une surprime et ne constitue pas une police selon laquelle le montant d'assurance peut augmenter ou augmentera à l'avenir. L'assureur offre toujours, au moment de la transformation, au moins une assurance permanente;

3) la police individuelle établie doit être conforme aux conditions, aux modalités et aux montants d'assurance individuelle qu'utilise normalement l'assureur désigné à la date de la transformation;

4) l'assureur détermine la prime de la police individuelle en fonction du taux applicable, à la date de prise d'effet de cette police individuelle, à l'assurance et au montant d'assurance de la police établie, selon l'âge des personnes à charge à l'anniversaire de naissance le plus proche et la catégorie de risque à laquelle elles appartiennent;

5) le montant d'assurance de la police individuelle doit correspondre au montant d'assurance total que les personnes à charge peuvent transformer, même s'il est inférieur au montant d'assurance minimal qui s'applique normalement à l'assurance choisie;

6) la police individuelle ne prend pas effet avant la fin de la période de 31 jours qui suit immédiatement la date de cessation de l'assurance des personnes à charge en vertu de la présente garantie.

DROIT DES PERSONNES À CHARGE APRÈS LA CESSATION DE L'ASSURANCE

Si les personnes à charge assurées décèdent dans les 31 jours suivant la cessation de leur protection en vertu de la présente garantie, le montant d'assurance vie de base payable est celui que l'adhérent, ou les personnes à charge advenant le décès de l'adhérent, auraient eu le droit de transformer.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

Avant de régler une demande consécutive à un décès, l'assureur exige des preuves écrites satisfaisantes attestant que le décès a bien eu lieu et que le défunt était admissible à l'assurance au moment du décès, et précisant les causes et les circonstances liées au décès, la date de naissance du défunt et à quel titre le demandeur présente la demande de prestations.

Sous réserve de toute loi applicable, l'assureur peut demander une autopsie afin d'évaluer sa responsabilité en rapport avec un sinistre.

ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ADHÉRENT

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Ceinture de sécurité désigne les sangles qui font partie d'un dispositif de protection des occupants.

Éléments désigne les catastrophes naturelles telles que les tremblements de terre, les tempêtes, les inondations, les glissements de terrain ou toute autre catastrophe de même nature.

Hémiplégie désigne la paralysie totale, irrémédiable et permanente des membres supérieur et inférieur d'un même côté du corps.

Paraplégie désigne la paralysie totale, irrémédiable et permanente des deux membres inférieurs.

Perte de l'ouïe, de la vue ou de la parole désigne la perte totale et irrémédiable de l'ouïe, de la vue ou de la parole attestée par un médecin diplômé, reconnu et agréé auprès du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou de la Corporation professionnelle des médecins du Québec.

Perte de l'usage désigne la perte totale et irrémédiable de l'usage d'un membre relativement à une incapacité continue de ce membre pendant 12 mois ou plus.

Perte du pouce désigne le sectionnement complet d'une phalange du pouce.

Perte d'un bras désigne le sectionnement complet à l'articulation du coude ou au-dessus de celle-ci.

Perte d'un doigt désigne le sectionnement complet à l'articulation de la deuxième phalange d'un même doigt.

Perte d'un orteil désigne le sectionnement complet d'une phalange du gros orteil, et de toutes les phalanges des autres orteils.

Perte d'un pied désigne le sectionnement complet à l'articulation de la cheville ou entre la cheville et le genou.

Perte d'une jambe désigne le sectionnement complet à l'articulation du genou ou au-dessus de celle-ci.

Perte d'une main désigne le sectionnement complet à l'articulation du poignet ou entre le poignet et le coude.

Quadriplégie désigne la paralysie totale, irrémédiable et permanente des membres supérieurs et inférieurs.

Véhicule désigne une voiture de tourisme, une familiale, une fourgonnette, une automobile tout terrain similaire à une jeep ou une camionnette.

OBJET DE LA GARANTIE

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant :

1) qu'un adhérent a subi l'une des pertes indiquées ci-dessous dans les 365 jours suivant un accident causant des dommages corporels;

2) que cette perte était le résultat direct de l'accident indépendamment de toute autre cause; et

3) que cet accident est survenu alors que l'adhérent était couvert en vertu de la présente garantie;

l'assureur paie le montant applicable à toute perte conformément au tableau suivant et aux autres dispositions applicables du contrat.

TABLEAU DES PERTES

Le montant payable pour chaque type de perte correspond au pourcentage indiqué ci-dessous multiplié par le montant d'assurance figurant dans le TABLEAU DES GARANTIES.

Perte	Montant versé
de la vie	100 %
de la vue des deux yeux	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
des deux bras ou des deux jambes	100 %
d'une main et de la vue d'un œil	100 %
d'un pied et de la vue d'un œil	100 %
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras ou d'une jambe	100 %
d'une main ou d'un pied	100 %
de la vue d'un œil	100 %
de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	100 %
du pouce et de l'index d'une même main	33 %
d'au moins quatre doigts de la même main	33 %
de tous les orteils d'un même pied	25 %

Perte	Montant versé
de l'ouïe d'une oreille	50 %

Perte de l'usage	Montant versé
des deux bras ou des deux mains	100 %
des deux jambes ou des deux pieds	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras ou d'une jambe	100 %
d'une main ou d'un pied	100 %
du pouce et de l'index d'une même main	33 %
hémiplégie, paraplégie, quadriplégie	200 %

DISPARITION

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, disparaît par suite d'un accident ayant entraîné la submersion ou la disparition du moyen de transport à bord duquel il voyageait et si son corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours suivant la date de cet accident, il sera réputé, à moins de preuve contraire, qu'il a perdu la vie par suite d'un dommage corporel causé par l'accident.

EXPOSITION AUX ÉLÉMENTS

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, se trouve exposé aux éléments de façon inéluctable et si, après une telle exposition, il subit une perte, cette perte est réputée être le résultat d'un accident.

RÉADAPTATION

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, subit une perte autre que la perte de la vie et pour laquelle un certain montant est payable en vertu de la présente garantie, l'assureur paie les frais de formation nécessaires et raisonnables réellement engagés, jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 $, pourvu :

1) qu'une telle formation soit rendue nécessaire, à la suite d'une perte subie, pour permettre à l'adhérent d'exercer toute tâche rémunératrice qu'il n'aurait pas exercée n'eut été son incapacité; et

2) que les frais aient été engagés dans les deux ans suivant la date de l'accident.

FRAIS D'HÉBERGEMENT ET DE TRANSPORT DE LA FAMILLE IMMÉDIATE

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, subit une perte autre que celle de la vie, pour laquelle un montant est payable en vertu de cette garantie et à la suite de laquelle il est hospitalisé à plus de 150 km de son lieu de résidence habituel, et si cet adhérent reçoit des soins réguliers d'un médecin, à l'exception de lui-même, l'assureur paie les frais raisonnables d'hôtel et de transport, par la voie la plus directe, engagés par les membres de la famille immédiate de cet adhérent pour se rendre au chevet de ce dernier, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 1 500 $ pour l'ensemble de ces frais.

RAPATRIEMENT

Si l'adhérent décède par suite d'un accident survenant à au moins 100 km de son lieu de résidence habituel alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, et si un montant est payable pour la perte de la vie selon les dispositions de la présente garantie, l'assureur paie les frais usuels et raisonnables engagés pour la préparation du corps de l'adhérent décédé en vue de l'enterrement ou de la crémation et le transport dudit corps du lieu de l'accident au lieu de résidence de l'adhérent au Canada, jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 $.

CEINTURE DE SÉCURITÉ

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, est blessé dans un accident d'automobile et que ses blessures entraînent un paiement pour l'une des pertes indiquées au tableau des pertes, le montant d'assurance payable sera majoré de 10 % s'il portait sa ceinture de sécurité, pourvu :

1) que la perte survienne lorsque l'adhérent est passager ou conducteur d'un véhicule privé;

2) que la ceinture de sécurité soit correctement attachée; et

3) que la vérification de l'utilisation de la ceinture de sécurité fasse partie du rapport officiel de l'accident ou soit certifiée par l'enquêteur.

TRANSFORMATION D'UN LOGEMENT OU D'UN VÉHICULE

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, subit une perte autre que celle de la vie, pour laquelle un montant est payable en vertu de cette garantie et qu'il doit par la suite (pour la même raison que celle qui lui a donné droit au paiement du montant) utiliser un fauteuil roulant pour se déplacer, sur présentation de preuves de paiement l'assureur paiera :

1) les frais initiaux de transformation du logement de l'adhérent pour lui permettre d'avoir accès à ce logement et d'y circuler avec son fauteuil roulant;

2) les frais initiaux de transformation nécessaire d'un véhicule motorisé appartenant à l'adhérent, afin de lui permettre d'avoir accès à ce véhicule ou de le conduire;

à raison d'une transformation pour chacun des frais décrits aux paragraphes 1) et 2) ci-dessus et jusqu'à concurrence de 10 000 $ pour l'ensemble de ces frais.

La présente garantie ne s'applique que si :

1) les modifications apportées au logement sont effectuées par une ou plusieurs personnes expérimentées dans ce domaine et qu'elles sont recommandées par un organisme reconnu qui offre du soutien et de l'aide aux utilisateurs de fauteuils roulants;

2) les modifications apportées à un véhicule sont effectuées par une ou plusieurs personnes expérimentées dans ce domaine et qu'elles sont autorisées par le bureau provincial d'immatriculation des voitures de la province de résidence de l'adhérent.

ÉDUCATION SPÉCIALE

Si les personnes à charge d'un adhérent sont couvertes en vertu du contrat à la date à laquelle l'adhérent décède des suites d'un accident et si un montant est payable pour cette perte de la vie en vertu de la présente garantie, l'assureur verse une prestation d'éducation spéciale à l'égard de chaque enfant à charge alors couvert en vertu du contrat et qui, à la date de l'accident, était inscrit à titre d'étudiant à temps plein dans tout établissement d'enseignement supérieur de niveau postsecondaire ou suivait des cours au niveau secondaire et s'est inscrit par la suite comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur au cours des 365 jours qui ont suivi la date du décès de cet adhérent.

La prestation d'éducation spéciale couvre tous les frais raisonnables et nécessaires de scolarité et autres frais connexes, jusqu'à concurrence de 2 % du montant pour lequel l'adhérent était couvert en vertu de la présente garantie à la date de son décès et d'un maximum global de 5 000 $ pour chaque année, sous réserve d'un maximum de quatre années, à l'égard de laquelle l'enfant à charge admissible à cette prestation d'éducation poursuit des études, à temps plein, dans un établissement d'enseignement supérieur sans interruption plus longue que les vacances scolaires normales.

FORMATION DU CONJOINT

Si le conjoint d'un adhérent est couvert en vertu du contrat à la date à laquelle l'adhérent décède des suites d'un accident et si un montant est payable pour cette perte de la vie en vertu de la présente garantie, l'assureur couvre tous les frais raisonnables et nécessaires que le conjoint a réellement engagés pour participer à un programme de formation professionnelle officiel, jusqu'à concurrence de 10 000 $, à condition :

1) que le conjoint ait besoin de cette formation pour acquérir les aptitudes particulières qui lui permettront d'exercer un emploi actif pour lequel il n'aurait autrement pas été assez qualifié; et

2) que ces frais soient engagés dans les deux ans qui suivent la date de l'accident.

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

1) Une perte ne donne lieu à aucun paiement si elle découle directement ou indirectement, uniquement ou en partie, de ce qui suit :

   a) un suicide ou des dommages corporels que l'adhérent s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;

   b) une maladie ne résultant pas d'un accident et qui se manifeste lors d'un accident;

   c) un traitement médical ou dentaire, une intervention chirurgicale ou une anesthésie;

   d) la guerre, déclarée ou non, le service actif dans les forces armées d'un pays, ou la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;

   e) un voyage ou vol dans un aéronef sauf si l'adhérent voyage à titre de passager seulement (et non à titre de pilote ou de membre de l'équipage) dans tout aéronef :

      i) qui a un permis de vol reconnu ou accordé en vertu de la Loi sur l'aéronautique (Canada) ou en vertu des lois du pays où il a été enregistré, pourvu que toutes les conditions applicables à ce permis aient été respectées; et

      ii) qui est utilisé uniquement aux fins de transport et non pour la formation ou l'entraînement, à titre d'essai ou expérimental;

   f) une infraction ou une tentative d'infraction au Code criminel du Canada.

2) L'assureur ne paie pas le montant d'assurance si l'accident qui entraîne le décès ou la perte survient lorsque l'adhérent conduit un véhicule motorisé, s'il est alors sous l'influence de stupéfiants ou si la concentration d'alcool dans son sang excède la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada.

3) En vertu des dispositions relatives à la RÉADAPTATION, à l'ÉDUCATION SPÉCIALE et à la FORMATION DU CONJOINT, aucun remboursement ne sera effectué à l'égard des frais d'hébergement ou autres frais normaux de subsistance, de voyage ou d'habillement.

4) Pour les pertes relatives à un même membre, subies dans un même accident, le montant payable correspond à celui prévu pour la perte la plus importante. Pour l'ensemble des pertes subies dans le même accident, les montants payables ne peuvent dépasser la totalité du montant d'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, exclusion faite des cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie pour lesquels le montant payable ne peut dépasser 200 % du montant d'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

RESTRICTIONS AFFÉRENTES AU PORT DE LA CEINTURE DE SÉCURITÉ

Pour que l'adhérent ait droit au montant additionnel dû en cas d'accident d'automobile ainsi qu'il est indiqué dans la partie CEINTURE DE SÉCURITÉ de la présente garantie, le conducteur du véhicule doit posséder un permis de conduire valide pour le type de véhicule qu'il est autorisé à conduire et ne pas être, au moment de l'accident, sous l'influence de stupéfiants, sauf dans le cas de médicaments prescrits par un médecin et consommés selon la posologie prescrite par ce dernier. De plus, la concentration d'alcool dans le sang du conducteur ne doit pas excéder la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada ni les limites relatives à la conduite en état d'ébriété établies par les autorités locales de l'endroit où l'accident survient.

FIN DE LA GARANTIE

Cette garantie prend fin à la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge indiqué au TABLEAU DES GARANTIES ou à la première des dates indiquées dans la partie CESSATION DE L'ASSURANCE DE L'ADHÉRENT.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

Avant de régler une demande consécutive à un décès, l'assureur exige des preuves écrites satisfaisantes attestant que le décès a bien eu lieu et que le défunt était admissible à l'assurance au moment du décès, et précisant les causes et les circonstances liées au décès, la date de naissance du défunt et à quel titre le demandeur présente la demande de prestations.

Sous réserve de toute loi applicable, l'assureur peut demander une autopsie pour évaluer sa responsabilité en rapport avec une demande de paiement présentée en raison d'un décès.

Toute demande de paiement doit être présentée à l'assureur dans les 30 jours suivant la date de l'accident et une preuve écrite doit être remise dans les 90 jours suivant cet accident.

Dans le cas de la disparition de l’adhérent ainsi qu’il est indiqué dans la partie DISPARITION de la présente garantie l'assureur prendra le sinistre en charge sur présentation d'un jugement déclaratif de décès.

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE DE L'ADHÉRENT

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Délai de carence désigne la période ininterrompue d'invalidité totale qui doit s'écouler avant le début du versement des prestations hebdomadaires en vertu de la présente garantie; cette période est indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

Dans le cas d'une invalidité totale qui survient pendant tout congé ou absence prévus au contrat, à l'exception d'une mise à pied temporaire, d'un congé de maternité et d'un congé parental ou pour raisons familiales, pourvu que la présente garantie puisse être maintenue en vigueur, et qu'elle l'ait été, le délai de carence commence à la date prévue de retour au travail.

Hospitalisation désigne

1) une admission à l'hôpital comme patient interne alité (salle ou chambre) pour un séjour qui dure plus de 24 heures consécutives;

2) toute visite dans un hôpital au cours de laquelle l'adhérent subit une chirurgie pratiquée par un médecin et nécessitant une anesthésie locale ou générale, incluant :

   a) une chirurgie d'un jour qui n'est pas pratiquée à l'urgence de l'hôpital; et

   b) toute chirurgie pratiquée à l'urgence d'un hôpital et nécessitant une période de 24 heures ou plus d'observation;

   mais excluant :

   a) toute chirurgie mineure pouvant être effectuée dans le bureau du médecin; et

   b) toute chirurgie pratiquée à l'urgence d'un hôpital et ne nécessitant pas de période de 24 heures ou plus d'observation.

Invalidité totale ou totalement invalide désigne un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident, qui exige des soins médicaux continus et qui empêche complètement l'adhérent d'accomplir l'ensemble des tâches habituelles de sa fonction principale, sans exception.

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

Période maximale désigne le nombre maximal de semaines durant lesquelles les prestations sont payables. Cette période est indiquée au TABLEAU DES GARANTIES. Lorsque la présente garantie est intégrée en vertu du programme de l'assurance emploi, selon une intégration standard ainsi qu'il est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, la période maximale inclut le nombre de semaines durant lesquelles des prestations d'assurance emploi sont payables par le Développement des ressources humaines Canada (D.R.H.C.).

Revenu hebdomadaire net désigne le revenu hebdomadaire de l'adhérent immédiatement avant le début de l'invalidité totale moins tous les impôts sur le revenu, les cotisations au Régime de pensions du Canada ou au Régime de rentes du Québec et les cotisations à l'assurance emploi prélevés sur le salaire.

OBJET DE LA GARANTIE

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant :

1) qu'un adhérent est devenu totalement invalide pendant qu'il était couvert en vertu de la présente garantie et qu'il est demeuré totalement invalide durant le délai de carence indiqué au TABLEAU DES GARANTIES; et

2) que l'adhérent reçoit les soins médicaux continus d'un médecin selon ce qui est indiqué dans la partie DÉFINITIONS du contrat;

l'assureur verse à l'adhérent les prestations hebdomadaires aussi longtemps que celui-ci continue d'être totalement invalide, jusqu'à concurrence de la période maximale indiquée au TABLEAU DES GARANTIES et conformément aux dispositions applicables du contrat.

Tout accident tel que défini dans la partie DÉFINITIONS du contrat doit être constaté par un médecin et être survenu au plus tard 30 jours avant le début de l'invalidité totale.

La période de congé de maladie du congé de maternité de tout adhérent est considérée comme une période d'invalidité totale aux fins du paiement des prestations de la présente protection, peu importe que son assurance ait ou non été maintenue en vigueur pendant ce congé. Conformément à ce qui est prévu au contrat, les prestations payables à l'adhérent à l'égard de cette période sont alors réduites de toutes autres prestations de maternité qui lui sont payables en vertu de tout régime public ou privé.

Dans le cas d'une invalidité totale qui survient durant une mise à pied temporaire, durant la période de congé volontaire du congé de maternité, ou durant une période de congé parental ou de congé familial, le versement des prestations commence à la dernière des dates suivantes, pourvu que la présente garantie ait été maintenue en vigueur et que l'adhérent soit toujours totalement invalide et couvert en vertu de la présente garantie :

1) la date à laquelle le délai de carence se termine;

2) la date prévue de retour au travail.

Le montant de la prestation hebdomadaire payable en vertu de la présente garantie est celui indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, compte tenu du revenu en vigueur immédiatement avant le début de l'invalidité totale.

La prestation hebdomadaire peut être imposable conformément à ce qui est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

L'assureur effectue le versement des prestations en vertu de la présente garantie à la fin de chaque semaine, à compter de la date la plus tardive entre :

1) la date à laquelle le délai de carence se termine, et

2) le premier jour où l'adhérent consulte un médecin.

Le délai de carence est exprimé en jours ouvrables.

Les paiements à l'égard d'une période de moins d'une semaine sont calculés au taux quotidien de 1/5 de la prestation hebdomadaire.

GESTION DE L'INVALIDITÉ

L'assureur peut en tout temps exiger qu'un adhérent totalement invalide participe à un programme de gestion de l'invalidité ou qu'il s'adonne à une activité de réadaptation rémunératrice considérée satisfaisante par l'assureur.

L'assureur coordonne et assure le suivi nécessaire pour l'ensemble des services du programme de gestion de l'invalidité indiqués ci-dessous :

1) coordination de l'accès à des services de santé;

2) programme de soutien à la réintégration au travail;

3) négociation d'un retour progressif au travail;

4) programme de réadaptation pouvant inclure des services d'évaluation, de traitement, de formation, de placement et de recherche d'emploi.

Lorsqu'un adhérent reçoit des prestations hebdomadaires pour une invalidité totale et qu'il participe à un programme de gestion de l'invalidité ou à une activité de réadaptation rémunératrice sous la surveillance de son médecin et avec l'approbation de l'assureur, les conditions suivantes s'appliquent :

1) l'invalidité totale n'est pas réputée avoir pris fin pour la seule raison que l'adhérent participe audit programme, sous réserve de la période maximale de versement de prestations hebdomadaires prévue par la présente garantie;

2) si, pendant qu'il participe audit programme, l'état de santé de l'adhérent se détériore au point où il n'est plus capable de poursuivre le programme, les conditions de la présente garantie s'appliquent de nouveau à l'égard de l'adhérent, tout comme s'il n'avait jamais participé au programme;

3) la limite relative au nombre de semaines pendant lesquelles des prestations hebdomadaires sont payables au cours de toute période d'invalidité totale continue de s'appliquer même si l'adhérent participe à un programme approuvé de gestion de l'invalidité ou à une activité de réadaptation rémunératrice;

4) si, pendant qu'il participe audit programme, l'adhérent reçoit un revenu, l'assureur utilise la formule suivante pour déterminer quel montant il doit retrancher des prestations payables :

$$(A \div B) \times C$$

A = Revenu gagné en vertu de toute activité de réadaptation.

B = Revenu que l'adhérent gagnait immédiatement avant la date du début de son invalidité totale.

C = Prestations hebdomadaires autrement payables en vertu de la présente garantie;

5) tant que l'adhérent participe au programme de gestion de l'invalidité, l'assureur réduit ses prestations hebdomadaires du montant nécessaire pour que son revenu total provenant de toutes sources, ainsi qu'il est défini ci-après, n'excède pas 100 % du revenu net qu'il gagnait avant son invalidité si les prestations ne sont pas imposables ou 100 % du revenu brut qu'il gagnait avant son invalidité si les prestations sont imposables.

Le revenu total de l'adhérent provenant de toutes sources composé des sommes énumérées ci-dessous, qui lui ont été versées ou auxquelles il aurait droit, comprend :

a) toute prestation hebdomadaire versée en vertu de la présente garantie;

b) tout revenu hebdomadaire ou paiement versé par l'employeur;

c) toute prestation d'invalidité payable en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, mais à l'exclusion des prestations pour les personnes à charge et de tout montant supplémentaire versé à titre d'indexation des prestations sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;

d) toute prestation d'invalidité payable en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable ou d'un autre régime public, à l'exclusion des prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance emploi;

e) toute prestation provenant d'un régime de retraite ou de rente fourni par le preneur du contrat, à l'exclusion de tout montant supplémentaire versé à titre d'indexation des prestations sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;

f) toute indemnité de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime public qui exige ou fournit des prestations d'assurance automobile sans égard à la responsabilité, à condition que ces régimes puissent être inclus à la présente garantie aux fins de la réduction des prestations et qu'ils permettent que la présente garantie soit enregistrée pour la réduction des cotisations conformément à la Lois sur l'assurance emploi, sous réserve de toute modification législative.

Un adhérent qui refuse de participer à un programme de gestion de l'invalidité, qui ne participe pas de bonne foi à un tel programme ou qui ne s'adonne pas à une activité de réadaptation que l'assureur juge appropriée ne sera plus admissible aux prestations hebdomadaires prévues par la présente garantie.

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ

L'assureur considère des périodes successives d'invalidité totale qui surviennent après que des prestations hebdomadaires sont devenues payables comme étant une même période d'invalidité totale sauf si elles sont séparées d'au moins :

1) 14 jours consécutifs de travail à temps plein, si l'invalidité totale est due à la même cause ou à des causes connexes; ou

2) un jour de travail à temps plein, si l'invalidité totale est due à une cause complètement indépendante de la première.

Chaque fois que des périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme étant une même période d'invalidité totale, le délai de carence ne s'applique pas une deuxième fois et l'assureur verse le même montant que celui qui était applicable à la période d'invalidité totale initiale, moins tout paiement qui a déjà été effectué et sous réserve de la période maximale de versement des prestations indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

RÉDUCTION DES PRESTATIONS HEBDOMADAIRES, RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

1) Réduction des prestations hebdomadaires

Les prestations hebdomadaires payables en vertu de la présente garantie sont réduites :

a) si la période maximale de versement des prestations indiquée au TABLEAU DES GARANTIES excède 17 semaines, de toute somme que l'adhérent reçoit ou à laquelle il a droit en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion :

i) des prestations pour les personnes à charge; et

ii) de tout montant versé en sus de la prestation initiale à titre d'indexation sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;

b) de toute indemnité de remplacement du revenu payable à l'adhérent en vertu :

   i) de la Loi sur l'assurance automobile du Québec;

   ii) du Régime de protection des automobilistes de l'Ontario; ou

   iii) de tout autre régime public d'assurance automobile sans égard à la responsabilité;

   à condition que ces régimes puissent être inclus à la présente garantie aux fins de la réduction des prestations et qu'ils permettent que la présente garantie soit enregistrée pour la réduction des cotisations conformément à la Loi sur l'assurance emploi, sous réserve de toute modification législative;

c) de toute indemnité de remplacement de revenu touchée par l'adhérent en vertu de toute autre loi fédérale ou provinciale, à l'exception de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable;

d) de toute indemnité touchée par l'adhérent en vertu de tout revenu ou de tout régime d'avantages sociaux établi par le preneur, incluant tout montant reçu de l'employeur pour le paiement du congé annuel qui ne peut être différé;

e) ainsi que de toute prime de séparation ou paiement pour congédiement injustifié.

L'assureur peut à son gré utiliser une estimation du montant accordé en vertu de tout régime public avant la réception de l'avis du montant réellement accordé.

L'assureur réduira aussi les prestations hebdomadaires même si l'adhérent, qui se doit de faire la demande nécessaire, néglige ou refuse de se prévaloir de ses droits en vertu des lois et régimes décrits ci-dessus.

Si l'adhérent touche un montant forfaitaire en vertu de tout régime ou de toute loi décrite ci-dessus, l'assureur réduit les prestations hebdomadaires de ce montant ramené sur une base hebdomadaire.

2) Restrictions

Aucune prestation hebdomadaire n'est payable au cours de l'une ou l'autre des périodes suivantes :

a) La période au cours de laquelle l'adhérent prend la portion «congé volontaire» d'un congé de maternité, tel que décrit à la section DÉFINITIONS, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;

b) la période au cours de laquelle l'adhérent prend un congé parental ou familial, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;

c) la période au cours de laquelle l'adhérent reçoit ou a droit à des prestations en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable;

d) pendant toute période d'arrêt de travail par suite d'une grève, d'un lock-out, d'une mise à pied ou d'un congé autorisé, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;

e) durant l'emprisonnement de l'adhérent par suite d'une condamnation pour infraction;

f) lorsque l'adhérent séjourne à l'extérieur du Canada pendant une période de plus de 3 mois pour quelque raison que ce soit, à moins que l'assureur ne convienne d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période.

3) Exclusions

Cette garantie ne s'applique pas pour toute invalidité totale qui résulte directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :

a) une blessure subie lors d'une guerre, déclarée ou non, le service actif de l'adhérent dans les forces armées d'un pays, sa participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;

b) une infraction ou tentative d'infraction au Code criminel;

c) des soins médicaux ou chirurgicaux d'ordre esthétique, sauf si les soins esthétiques sont fournis par suite d'un accident survenu pendant que l'adhérent était couvert en vertu du contrat;

d) l'abus d'alcool ou de stupéfiants, à moins que l'adhérent ne participe de façon active et continue à un programme mené sous surveillance médicale pour remédier à cet abus, qu'il reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation et qu'il séjourne dans un centre spécialisé reconnu;

e) le fait pour l'adhérent d'avoir conduit un véhicule motorisé alors qu'il était sous l'influence de stupéfiants ou que la concentration d'alcool dans son sang excédait la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada.

CESSATION DES VERSEMENTS

Les versements en vertu de la présente garantie prennent fin à la première des dates suivantes :

1) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;

2) la date à laquelle l'adhérent s'adonne à une tâche rémunératrice autre qu'une activité de réadaptation rémunératrice approuvée par l'assureur;

3) la date fixée par l'assureur à laquelle l'adhérent est censé lui avoir fourni des preuves satisfaisantes de son invalidité totale, mais a négligé ou refusé de le faire;

4) la date à laquelle est écoulée la période maximale de versement des prestations indiquée au TABLEAU DES GARANTIES pour toute période d'invalidité totale;

5) la date à laquelle l'adhérent refuse de participer à un programme de gestion de l'invalidité ou de s'adonner à une activité de réadaptation que l'assureur juge appropriée;

6) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge limite applicable à la présente garantie, laquelle est indiquée au TABLEAU DES GARANTIES. Toutefois, si l'adhérent devient totalement invalide avant d'atteindre l'âge limite, qu'il l'est toujours lorsqu'il atteint cet âge et qu'il n'a pas encore reçu 15 semaines de prestations à l'égard de cette invalidité, l'assurance sera prolongée, indépendamment de la limite d'âge pour cette garantie, jusqu'à la première des dates suivantes, soit :

   a) la date à laquelle cet adhérent a reçu des prestations pendant 15 semaines;

   b) la date à laquelle cet adhérent cesse d'être totalement invalide; ou

   c) la date à laquelle cet adhérent prend sa retraite.

DROIT DE L'ADHÉRENT APRÈS LA CESSATION DE L'ASSURANCE

Si l'adhérent est totalement invalide à la date à laquelle son assurance prend fin, l'assureur prolonge l'assurance salaire de courte durée de l'adhérent, aussi longtemps que cette invalidité totale se poursuit sans interruption, sous réserve des autres dispositions du contrat.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

L'adhérent doit présenter une preuve écrite de sinistre à l'assureur dans les 90 jours suivant la date du début de l'invalidité totale.

Par la suite, l’adhérent doit présenter une preuve écrite de continuation de l’invalidité totale jugée satisfaisante par l’assureur chaque fois que ce dernier en fait la demande.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Délai de carence désigne la période ininterrompue d'invalidité totale qui doit s'écouler avant le début du versement des prestations mensuelles en vertu de la présente garantie; cette période est indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

Dans le cas d'une invalidité totale qui survient pendant tout congé ou absence prévus au contrat, à l'exception d'une mise à pied temporaire, d'un congé de maternité et d'un congé parental ou pour raisons familiales, pourvu que la présente garantie puisse être maintenue en vigueur, et qu'elle l'ait été, le délai de carence commence à la date prévue de retour au travail.

Revenu mensuel net désigne le revenu mensuel de l'adhérent immédiatement avant le début de l'invalidité totale moins tous les impôts sur le revenu, les cotisations au Régime de pensions du Canada ou au Régime de rentes du Québec et les cotisations à l'assurance emploi prélevés sur le salaire.

Invalidité totale ou totalement invalide désigne

1) pendant les 36 premiers mois qui suivent le début de l'invalidité :

   un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent d'accomplir toutes les tâches habituelles de sa fonction principale, sans exception;

2) après l'écoulement des 36 premiers mois qui suivent le début de l'invalidité :

   un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent de se livrer à tout travail pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation et de son expérience.

   La disponibilité ou non d'un tel travail rémunérateur dans la région où réside l'assuré n'a aucune incidence sur son droit à des prestations.

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

Formation et expérience désigne l'ensemble des connaissances et des compétences que l'adhérent a pu acquérir au cours de ses études, dans l'exercice de ses activités professionnelles actuelles ou passées, ou durant ses heures de loisir.

Période maximale désigne la période maximale durant laquelle les prestations mensuelles sont payables. Cette période est indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

PREUVES D'ASSURABILITÉ

L'adhérent qui demande un montant de prestations plus élevé que le montant maximum pouvant être souscrit sans preuves d'assurabilité indiqué dans le TABLEAU DES GARANTIES pour la garantie d'assurance salaire de longue durée doit fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur pour la partie du montant des prestations qui excède ce maximum.

OBJET DE LA GARANTIE

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant :

1) qu'un adhérent est devenu totalement invalide pendant qu'il était couvert en vertu de la présente garantie et qu'il est demeuré totalement invalide durant le délai de carence; et

2) que l'adhérent reçoit des soins médicaux continus selon ce qui est indiqué dans la section DÉFINITIONS du contrat;

l'assureur verse des prestations mensuelles aussi longtemps que l'adhérent continue d'être totalement invalide, jusqu'à concurrence de la période maximale indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

La période de congé de maladie du congé de maternité de tout adhérent est considérée comme une période d'invalidité totale aux fins du paiement des prestations de la présente protection, peu importe que son assurance ait ou non été maintenue en vigueur pendant ce congé. Conformément à ce qui est prévu au contrat, les prestations payables à l'adhérent à l'égard de cette période sont alors réduites de toutes autres prestations de maternité qui lui sont payables en vertu de tout régime public ou privé.

Dans le cas d'une invalidité totale qui survient durant une mise à pied temporaire, durant la période de congé volontaire du congé de maternité, ou durant une période de congé parental ou de congé familial, le versement des prestations commence à la dernière des dates suivantes, pourvu que la présente garantie ait été maintenue en vigueur et que l'adhérent soit toujours totalement invalide et couvert en vertu de la présente garantie :

1) la date à laquelle le délai de carence se termine;

2) la date prévue de retour au travail.

Le montant de la prestation mensuelle payable en vertu de la présente garantie est celui indiqué au TABLEAU DES GARANTIES selon le revenu mensuel en vigueur immédiatement avant le début de l'invalidité totale.

Les versements en vertu de la présente garantie sont payables à compter de la fin du délai de carence et sont effectués à la fin de chaque mois.

Les paiements à l'égard d'une période de moins d'un mois sont calculés au taux quotidien de 1/30 de la prestation mensuelle.

La prestation mensuelle peut être imposable conformément à ce qui est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

RÉDUCTION DES PRESTATIONS MENSUELLES, RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

1) Intégration directe

La prestation mensuelle payable à l'adhérent en vertu de la présente garantie est diminuée :

a) de toute somme que l'adhérent reçoit ou à laquelle il a droit en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable; et

b) de toute prestation d'invalidité que l'adhérent reçoit ou à laquelle il a droit en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exception :

i) des prestations pour les personnes à charge;

ii) de tout montant versé en sus de la prestation initiale à titre d'indexation sur le coût de la vie une fois que le versement des prestations a commencé;

c) de toute indemnité de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime public d'assurance automobile qui exige ou fournit des prestations d'assurance automobile sans égard à la responsabilité;

d) de toute prestation d'invalidité payable par un régime de retraite privé;

e) de tout revenu mensuel ou paiement versé par l'employeur.

2) Intégration indirecte

De plus, l'assureur réduira de nouveau la prestation mensuelle payable en vertu de la présente garantie par le montant, s'il en est, selon lequel le revenu mensuel total d'un adhérent provenant de toutes sources dépasse :

a) 85 % de son revenu mensuel brut immédiatement avant l'invalidité totale, si la prestation mensuelle versée en vertu de la présente garantie fait partie du revenu de l'adhérent aux termes de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada); ou

b) 85 % de son revenu mensuel net immédiatement avant l'invalidité totale, si la prestation mensuelle versée en vertu de la présente garantie ne fait pas partie du revenu de l'adhérent aux termes de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).

L'assureur prend en compte toute indemnité et tout paiement définis ci-dessous, que l'assuré reçoit ou auxquels il a droit, pour établir le revenu mensuel total de l'adhérent provenant de toutes sources :

a) toute prestation mensuelle versée en vertu de la présente garantie;

b) toute prestation d'invalidité payable en vertu du Régime de rentes du Québec, incluant les prestations pour les personnes à charge, mais à l'exception de tout montant supplémentaire versé à titre d'indexation des prestations sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;

c) toute prestation d'invalidité payable en vertu du Régime de pensions du Canada, incluant les prestations pour les personnes à charge, mais à l'exception de tout montant supplémentaire versé à titre d'indexation des prestations sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;

d) toute prestation d'invalidité payable en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable ou d'un autre régime public, à l'exclusion des prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance emploi;

e) toute prestation d'invalidité payable en vertu d'un régime d'assurance collective fourni par un employeur ou une association;

f) toute prestation d'invalidité payable par un régime de retraite privé, à l'exclusion de tout montant supplémentaire versé à titre d'indexation des prestations sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;

g) toute indemnité de remplacement du revenu payable en vertu de tout régime public qui exige ou fournit des prestations d'assurance automobile sans égard à la responsabilité.

3) Si un adhérent reçoit une indemnité de remplacement de revenu en vertu de toute loi fédérale ou provinciale à la suite d'un accident ou d'une maladie qui n'est pas relié à l'accident ou à la maladie pour laquelle il reçoit une prestation mensuelle en vertu de la présente garantie, la prestation ne sera pas diminuée du montant de cette indemnité.

4) Si l'adhérent touche l'un ou l'autre des paiements ou indemnités susmentionnés en 1) et en 2) sous la forme d'un montant forfaitaire au lieu de prestations périodiques, l'assureur réduit le montant de la prestation mensuelle payable de ce montant, qui est ramené sur une base mensuelle en fonction d'une période de 60 mois ou du nombre de mois d'invalidité à l'égard duquel le montant forfaitaire est versé, selon la période la plus courte.

L'assureur réduira aussi les prestations mensuelles même si l'adhérent, qui se doit de faire la demande nécessaire, néglige ou refuse de se prévaloir de ses droits en vertu des lois et régimes décrits ci-dessus.

L'assureur peut à son gré utiliser une estimation du montant accordé en vertu de tout régime public avant la réception de l'avis du montant réellement accordé.

5) Restrictions

Aucun versement n'est effectué en rapport avec une période d'invalidité totale :

a) durant laquelle l'adhérent ne reçoit pas des soins médicaux continus en raison de la maladie ou des dommages corporels causant l'invalidité totale;

b) durant laquelle l'adhérent prend la portion «congé volontaire» d'un congé de maternité, tel que décrit à la section DÉFINITIONS, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;

c) durant un congé parental ou familial pris par un adhérent conformément aux dispositions de la loi provinciale ou fédérale applicable, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;

d) pendant toute période d'arrêt de travail par suite d'une grève, d'un lock-out, d'une mise à pied ou d'un congé autorisé, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;

e) durant l'emprisonnement de l'adhérent par suite d'une condamnation pour infraction;

f) lorsque l'adhérent séjourne à l'extérieur du Canada pendant une période de plus de 3 mois pour quelque raison que ce soit, à moins que l'assureur ne convienne d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période.

6) Exclusions

Cette garantie ne s'applique pas pour toute invalidité totale qui résulte directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :

a) une blessure subie lors d'une guerre, déclarée ou non, le service actif de l'adhérent dans les forces armées d'un pays, sa participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;

b) une infraction ou tentative d'infraction au Code criminel;

c) des soins médicaux ou chirurgicaux d'ordre esthétique, sauf si les soins esthétiques sont fournis par suite d'un accident survenu pendant que l'adhérent était couvert en vertu du contrat;

d) l'abus d'alcool ou de stupéfiants, à moins que l'adhérent ne participe de façon active et continue à un programme mené sous surveillance médicale pour remédier à cet abus, qu'il ne reçoive des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation et qu'il ne séjourne dans un centre spécialisé reconnu;

e) le fait pour l'adhérent d'avoir conduit un véhicule motorisé alors qu'il était sous l'influence de stupéfiants ou que la concentration d'alcool dans son sang excédait la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada.

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ TOTALE

L'assureur considère des périodes successives d'invalidité totale due à une même cause ou à des causes connexes comme étant une même période d'invalidité totale sauf si elles sont séparées d'au moins :

1) 14 jours consécutifs de travail à temps plein durant le délai de carence; ou

2) six mois consécutifs de travail à temps plein suivant immédiatement une période d'invalidité totale qui a donné lieu au versement de prestations en vertu de la présente garantie.

L'assureur considère des périodes successives d'invalidité totale due à des causes qui ne sont pas du tout reliées entre elles comme étant une même période d'invalidité totale à moins d'être séparées d'au moins un jour de travail à temps plein.

Chaque fois que des périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme étant une même période d'invalidité totale, le délai de carence ne s'applique pas une deuxième fois et l'assureur verse le même montant que celui qui était applicable à la période d'invalidité totale initiale, moins tout paiement qui a déjà été effectué, aussi longtemps que l'assuré est totalement invalide, sous réserve de la période maximale de versement des prestations indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

GESTION DE L'INVALIDITÉ

L'assureur peut en tout temps exiger qu'un adhérent totalement invalide participe à un programme de gestion de l'invalidité ou qu'il s'adonne à une activité de réadaptation rémunératrice considérée satisfaisante par l'assureur.

L'assureur coordonne et assure le suivi nécessaire pour l'ensemble des services du programme de gestion de l'invalidité indiqués ci-dessous :

1) coordination de l'accès à des services de santé;

2) programme de soutien à la réintégration au travail;

3) négociation d'un retour progressif au travail;

4) programme de réadaptation pouvant inclure des services d'évaluation, de traitement, de formation, de placement et de recherche d'emploi.

Lorsqu'un adhérent reçoit des prestations mensuelles pour une invalidité totale et qu'il participe à un programme de gestion de l'invalidité ou une activité de réadaptation rémunératrice sous la surveillance de son médecin et avec l'approbation de l'assureur, les conditions suivantes s'appliquent :

1) l'invalidité totale n'est pas réputée avoir pris fin pour la seule raison que l'adhérent participe audit programme, sous réserve d'une période maximale de 24 mois. Cette période peut toutefois être prolongée par l'assureur, sans toutefois excéder 48 mois pour toute invalidité due à une même cause;

2) si, pendant qu'il participe audit programme, l'état de santé de l'adhérent se détériore au point où il n'est plus capable de poursuivre le programme, les conditions de la présente garantie s'appliquent de nouveau à l'égard de l'adhérent, tout comme s'il n'avait jamais participé au programme;

3) la limite relative au nombre de mois pendant lesquels des prestations mensuelles sont payables au cours de toute période d'invalidité totale continue de s'appliquer même si l'adhérent participe à un programme approuvé de gestion de l'invalidité ou à une activité de réadaptation rémunératrice;

4) si, pendant qu'il participe audit programme, l'adhérent reçoit un revenu, l'assureur retranchera des prestations payables à l'adhérent 50 % du revenu gagné en vertu de toute activité de réadaptation;

5) tant que l'adhérent participe au programme de gestion de l'invalidité, l'assureur réduit ses prestations mensuelles du montant nécessaire pour que son revenu total provenant de toutes sources, ainsi qu'il est défini dans la partie INTÉGRATION INDIRECTE de l'article RÉDUCTION DES PRESTATIONS MENSUELLES, RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS de la présente garantie, n'excède pas 100 % du revenu net qu'il gagnait avant son invalidité si les prestations ne sont pas imposables ou 100 % du revenu brut qu'il gagnait avant son invalidité si les prestations sont imposables.

Si un adhérent totalement invalide admissible à recevoir des prestations en vertu de la présente garantie choisit un emploi différent, moins bien rémunéré et indépendant du présent programme de gestion de l'invalidité, une prestation réduite sera payable. Le montant à retrancher des prestations payables à l'adhérent correspond à 50 % du revenu qu'il reçoit de cet emploi. L'assureur réduit également les prestations mensuelles du montant nécessaire pour que son revenu total provenant des sommes énumérées dans les parties INTÉGRATION DIRECTE et INTÉGRATION INDIRECTE de l'article RÉDUCTION DES PRESTATIONS MENSUELLES, RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS de la présente garantie, n'excède pas 85 % du revenu net qu'il gagnait avant son invalidité si les prestations ne sont pas imposables ou 85 % du revenu brut qu'il gagnait avant son invalidité si les prestations sont imposables.

L'adhérent qui refuse de participer à un programme de gestion de l'invalidité, qui ne participe pas de bonne foi à un tel programme ou qui ne s'adonne pas à une activité de réadaptation que l'assureur juge appropriée ne sera plus admissible aux prestations mensuelles prévues par la présente garantie.

CESSATION DES VERSEMENTS

Les versements en vertu de la présente garantie prennent fin à la première des dates suivantes :

1) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;

2) la date à laquelle l'adhérent s'adonne à toute tâche rémunératrice autre qu'une activité de réadaptation rémunératrice approuvée;

3) la date fixée par l'assureur à laquelle l'adhérent est censé lui avoir fourni une attestation satisfaisante de son invalidité totale ou s'être soumis à un examen médical demandé par l'assureur, mais a négligé ou refusé de le faire;

4) la date à laquelle est écoulée la période maximale de versement des prestations indiquée au TABLEAU DES GARANTIES pour toute période d'invalidité totale;

5) la date à laquelle l'adhérent refuse de participer à un programme de gestion de l'invalidité ou de s'adonner à une activité de réadaptation que l'assureur juge appropriée;

6) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge indiqué au TABLEAU DES GARANTIES. Toutefois, si l'adhérent devient totalement invalide avant d'atteindre l'âge limite, qu'il l'est toujours lorsqu'il atteint cet âge et qu'il n'a pas encore reçu 12 mois de prestations à l'égard de cette invalidité, l'assurance sera prolongée, indépendamment de la limite d'âge pour cette garantie, jusqu'à la première des dates suivantes, soit :

    a) la date à laquelle cet adhérent a reçu des prestations pendant 12 mois;

    b) la date à laquelle cet adhérent cesse d'être totalement invalide; ou

    c) la date à laquelle cet adhérent prend sa retraite.

DROIT DE L'ADHÉRENT APRÈS LA CESSATION DE L'ASSURANCE

Si l'adhérent est totalement invalide à la date à laquelle son assurance prend fin, l'assureur prolonge l'assurance salaire de longue durée de l'adhérent aussi longtemps que cette invalidité totale se poursuit sans interruption, sous réserve des autres dispositions du contrat.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

L'adhérent doit présenter à l'assureur la déclaration écrite initiale de sinistre dans les 30 jours suivant l'expiration du délai de carence et la preuve écrite initiale, dans les 60 jours suivant l'expiration dudit délai.

S'il y a récidive d'invalidité totale, l'adhérent doit présenter une déclaration écrite de sinistre à l'assureur dans les 30 jours suivant la date de la récidive et une preuve écrite, dans les 60 jours suivant la date de ladite récidive.

Par la suite, l'adhérent doit présenter une preuve écrite de continuité de l'invalidité totale jugée satisfaisante par l'assureur chaque fois que ce dernier en fait la demande.

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Année civile désigne la période qui s'étend du 1er janvier au 31 décembre inclusivement.

Chirurgie d'un jour désigne toute chirurgie pratiquée par un médecin et nécessitant une anesthésie locale, régionale ou générale, à l'exclusion de toute chirurgie mineure pouvant être effectuée dans le bureau du médecin.

Dentiste désigne une personne autorisée à pratiquer la médecine dentaire, agréée par l'organisme qui a juridiction à l'endroit où elle fournit les services dentaires.

Dent saine désigne une dent naturelle qui ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique, soit dans sa matière ou dans les structures qui lui sont adjacentes. Aussi, une dent traitée ou réparée qui a retrouvé sa fonction normale doit être considérée comme saine.

Hospitalisation désigne

1) une admission à l'hôpital comme patient interne alité (salle ou chambre) pour un séjour qui dure plus de 18 heures consécutives;

2) toute visite dans un hôpital au cours de laquelle l'adhérent subit une chirurgie d'un jour.

Invalidité totale ou totalement invalide désigne un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident qui empêche complètement l'adhérent de se livrer à tout travail, pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation et de son expérience.

Maison de convalescence/réadaptation désigne tout établissement au Canada, reconnu à titre de maison de convalescence par l'organisme de réglementation professionnelle, qualifié pour assurer les soins et traitements aux personnes malades ou blessées sous la direction soit d'un médecin, soit d'une infirmière autorisée; cet établissement doit fournir 24 heures par jour des services infirmiers dispensés par une infirmière autorisée et tenir des registres quotidiens sur chaque malade confié aux soins d'un médecin. Cependant, les maisons de santé, les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les foyers pour malades mentaux, les maisons de repos ou les établissements qui dispensent des soins aux alcooliques ou aux toxicomanes ne sont pas inclus.

Malade hospitalisé désigne la personne admise à l'hôpital, à qui on a accordé un lit sur l'ordre d'un médecin, dans le secteur de l'hôpital réservé aux malades hospitalisés.

Médicament équivalent désigne un médicament, de marque ou générique, dit interchangeable en vertu de la loi provinciale applicable où le médicament est délivré.

Médicament obtenu sur ordonnance désigne un médicament prescrit par un médecin ou un chirurgien dentiste. De plus, certains médicaments prescrits par d'autres professionnels de la santé doivent être considérés comme médicament sur ordonnance si une loi provinciale permet à ces professionnels de le faire.

Orthèse désigne tout appareil orthopédique fabriqué d'un matériel rigide, tel le métal ou le plastique, et servant à maintenir une région du corps en bonne position. Les bandes-maintien élastiques n'entrent pas dans la catégorie des orthèses.

Période d'hospitalisation désigne toute période continue d'hospitalisation dans un hôpital du Canada ou des périodes successives d'hospitalisation résultant d'une même maladie ou d'un même accident et séparées par une période de moins de 60 jours consécutifs pendant lesquels la personne assurée n'a pas été hospitalisée. Si, pendant une période donnée, l'hospitalisation résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'hospitalisation précédente, elle est considérée comme une nouvelle période d'hospitalisation.

Programme de soutien aux patients désigne le programme en vertu duquel les fabricants de certains médicaments offrent des services d'information, de formation et d'aide financière à la personne assurée à qui le médicament est prescrit.

Prothèse désigne un appareil destiné à remplacer, en tout ou en partie, un membre ou un organe.

Recommandation médicale désigne l'ordre de fournir un médicament ou de prodiguer des soins, donné par un médecin, un chirurgien dentiste ou un podiatre dûment autorisé à le faire dans le cadre normal de l'exercice de sa profession.

Stable se dit de l'état de santé d'une personne assurée qui, dans les 30 jours précédant la date de début du voyage, n'est affectée par aucune condition médicale, ou est affectée par une condition médicale qui :

1) n'a fait l'objet d'aucune modification ou recommandation de modification du traitement ou de la posologie des médicaments prescrits; et

2) n'est caractérisée par aucun symptôme ne laissant présager une détérioration de la condition médicale pendant la durée du voyage.

Urgence médicale désigne toute maladie, affection ou blessure grave et imprévue nécessitant un traitement médical immédiat.

Véhicule désigne une automobile, une caravane motorisée ou une camionnette ayant une capacité maximale de 1 000 kilogrammes.

OBJET DE LA GARANTIE

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant qu'une personne assurée a engagé des frais admissibles pendant qu'elle était couverte en vertu de la présente garantie, l'assureur rembourse la partie de ces frais qui excède la franchise, s'il y en a une, sous réserve du pourcentage de remboursement applicable et des restrictions indiquées au TABLEAU DES GARANTIES, et conformément aux autres dispositions applicables de la présente garantie et du contrat.

Pour être considérés comme admissibles, les frais doivent avoir été engagés à la suite d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident et couvrir des soins :

1) qui sont nécessaires du point de vue médical pour le traitement de la personne assurée;

2) qui sont normalement fournis pour une maladie ou blessure de cette nature ou de cette gravité;

3) qui, sous réserve d'une disposition contraire, ont été préalablement recommandés par le médecin traitant.

De plus, les frais sont limités aux frais usuels et raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus.

Les frais admissibles sont réputés avoir été engagés à la date à laquelle le service a été rendu ou les fournitures obtenues.

Réseau de fournisseurs privilégiés

L'assureur peut recommander des fournisseurs approuvés par le preneur pour la distribution de certains produits et services et peut restreindre, après entente avec le preneur, les prestations pour des frais admissibles engagés auprès d'un autre fournisseur.

FRANCHISE

La franchise est la partie des frais admissibles que l'adhérent doit payer à chaque année civile, avant que la présente garantie ne donne droit à un remboursement. Le montant de la franchise est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Les frais admissibles engagés au cours des 3 derniers mois d'une année civile servant à couvrir en partie ou en totalité la franchise de cette même année sont également appliqués en réduction de la franchise de l'année civile suivante.

POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT

Tout pourcentage de remboursement indiqué dans le TABLEAU DES GARANTIES est le pourcentage des frais admissibles après application de la franchise ou du ticket modérateur qui sera remboursé par l'assureur selon les dispositions de la présente garantie.

FRAIS ADMISSIBLES AU CANADA – ACCIDENT-MALADIE

Les frais admissibles sont ceux énumérés ci-dessous et engagés :

1) dans la province de résidence de l'adhérent; et

2) à l'extérieur de la province de résidence de l'adhérent, mais au Canada, pour une raison autre qu'une urgence médicale.

FRAIS D'HOSPITALISATION

Hôpital : les frais d'hospitalisation pour des soins de courte durée pour chaque jour d'hospitalisation et sans limites quant au nombre de jours, jusqu'à concurrence de la limite indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

Maison de convalescence ou de réadaptation : les frais de séjour, repas compris, dans une maison de convalescence ou de réadaptation autorisée, jusqu'à concurrence de la limite indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

MÉDICAMENTS

1) Les médicaments qui sont nécessaires à la thérapeutique, qui ne peuvent s'obtenir que sur l'ordonnance d'un médecin ou d'un chirurgien dentiste (codés «Pr», «C», ou «N» dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques) et qui sont fournis par un pharmacien, ou par un médecin là où il n'y a pas de pharmacien.

   De plus, les frais engagés pour des médicaments qui sont obtenus sur l'ordonnance du médecin et requis pour le traitement de certaines conditions pathologiques sont également admissibles, dans la mesure où il ne s'agit pas de préparations homéopathiques et pourvu que l'indication thérapeutique qui en est proposée par le fabricant dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques soit directement reliée au traitement desdites conditions pathologiques, soit les suivantes :

   troubles cardiaques;

   troubles pulmonaires;

   diabète;

   arthrite;

   maladie de Parkinson;

   épilepsie;

   fibrose kystique;

   glaucome.

2) Pour les personnes assurées de 65 ans ou plus qui sont assurées par le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments, les médicaments décrits au paragraphe 1), qui sont nécessaires à la thérapeutique, que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments ne couvre pas, qui sont obtenus sur ordonnance médicale et qui sont fournis par un pharmacien, ou par un médecin là où il n'y a pas de pharmacien.

   Sont aussi remboursables les frais engagés qui servent à couvrir la franchise et la coassurance du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments, étant entendu que ces frais sont assujettis à la franchise et au pourcentage de remboursement de la présente garantie.

3) Les injections de substances sclérosantes pour le traitement des varices, à condition que ces traitements soient nécessaires à des fins médicales et non esthétiques, à raison d'un maximum payable de 10 $ par visite par personne assurée.

4) Les médicaments pour le traitement de l'infertilité, selon les dispositions prévues au régime général de l'assurance médicaments (RGAM) du Québec.

5) Les injections de corticostéroïde, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 85 $ par injection par personne assurée pour le médicament.

MÉDICAMENTS EXIGEANT UNE AUTORISATION PRÉALABLE

L'autorisation préalable de l'assureur est exigée pour certains médicaments dont la liste est disponible sur le site web de l'assureur. Un formulaire d'autorisation préalable doit être rempli par le médecin et soumis à l'assureur pour s'assurer que les médicaments prescrits répondent aux critères d'autorisation préalable établis par DSF en fonction des lignes directrices de pratique clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé. Il s'agit entre autres de confirmer que les médicaments prescrits :

1) sont utilisés pour une indication thérapeutique approuvée par Santé Canada; et

2) démontrent une efficacité satisfaisante par rapport aux coûts qui y sont reliés.

Une preuve d'efficacité ou de nouveaux résultats peuvent être demandés en cours de traitement pour déterminer si le médicament produit les effets attendus et demeure admissible au remboursement.

L'assureur se réserve le droit de rembourser un médicament équivalent ou un médicament biosimilaire moins cher s'il en existe sur le marché.

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS

L’assureur peut recommander que la personne assurée participe à ce programme.

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Soins infirmiers : les services d'une infirmière autorisée, d'une infirmière auxiliaire autorisée ou d'une préposée aux bénéficiaires (aide-infirmière) qui n'a aucun lien de parenté, ni par le sang ni par alliance, avec l'adhérent ou avec l'une des personnes à sa charge et qui ne réside pas habituellement chez celui-ci ni chez l'une des personnes à sa charge. Pour que les services soient couverts, il faut que le patient ne soit pas hospitalisé et que les soins donnés soient nécessaires du point de vue médical, qu'ils ne soient pas spécialement dispensés à titre de soins de protection, d’accompagnement, de psychothérapie ou de surveillance et qu'ils relèvent de la compétence de l'infirmière ou de la préposée aux bénéficiaires, jusqu'à concurrence du maximum de frais payables indiqué dans le TABLEAU DES GARANTIES pour chaque personne assurée.

Soins paramédicaux : selon les dispositions prévues au TABLEAU DES GARANTIES, les services fournis par chaque type de professionnel, à condition que ce professionnel exerce dans les limites de sa compétence. Il doit également être membre en règle de son association ou de sa corporation professionnelle qui doivent être reconnues par l'assureur. À moins d'indication contraire, ces services ne nécessitent pas de recommandation médicale.

Les frais engagés pour des techniques d’imagerie utilisées par un chiropraticien, un ostéopathe, un naturopathe, un podiatre ou un podologue sont couverts, jusqu'à concurrence d’un montant payable de 25 $ par année civile par personne assurée pour l'ensemble des spécialités.

AMBULANCE

Les frais d'une ambulance autorisée servant à transporter la personne assurée par voie terrestre, en cas d'urgence médicale ou dans le cadre d'un traitement reçu à titre de malade hospitalisé :

1) à partir de l'endroit où la personne assurée est victime de l'accident ou tombe malade, jusqu'à l'hôpital le plus proche où elle peut obtenir les soins appropriés;

2) d‘un hôpital à un autre; et

3) d'un hôpital au domicile de cette personne lorsque l'état du patient l'exige.

Les frais d'une ambulance autorisée servant à transporter la personne assurée par voie aérienne, en cas d'urgence médicale, à l'hôpital le plus proche où la personne peut obtenir les soins appropriés ou à un autre hôpital lorsque le médecin traitant déclare que le transfert est nécessaire.

AIDE À LA MOBILITÉ

Fauteuil roulant conventionnel : achat ou location, à la discrétion de l'assureur.

Aides à la marche ou béquilles : achat ou location, à la discrétion de l'assureur.

FOURNITURES ORTHOPÉDIQUES

Corset médical : achat, les frais de réparation ne sont pas compris.

Support pour un membre, bandage herniaire et plâtre : achat, les frais de réparation ou de remplacement ne sont pas compris.

Lit d'hôpital conventionnel : achat ou location, à la discrétion de l'assureur.

Chaussures orthopédiques : achat, à raison d'une paire par personne assurée pour toute période de 12 mois consécutifs. Les chaussures orthopédiques faisant partie d'un appareil orthopédique et les modifications apportées à ces chaussures sont également couvertes.

Pour être considérées comme orthopédiques, les chaussures doivent être conçues et fabriquées sur mesure pour une personne précise à partir d'un moulage dans le but de corriger un défaut du pied ou être des chaussures ouvertes, évasées ou droites, ou être nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne. De plus, elles doivent être fabriquées et facturées par des laboratoires détenant un permis en vertu de la loi sur la protection de la santé publique. Le coût des additions ou modifications faites à des chaussures préfabriquées est également admissible, ainsi que les chaussures profondes. Les chaussures normales faisant partie de l'inventaire courant sont exclues.

ORTHÈSES ET PROTHÈSES

Les frais qui sont engagés pour des prothèses ou des orthèses ne sont admissibles que dans les cas où ces articles sont fabriqués (et sont facturés, dans le cas des orthèses orthopédiques et supports plantaires) par des laboratoires détenant un permis en vertu d'une loi sur la protection de la santé publique.

Orthèse podiatrique ou support plantaire : achat.

Membre artificiel : achat, les frais de réparation sont également couverts. Les frais de remplacement sont couverts si le remplacement découle d'un changement physiologique.

Oeil artificiel : achat, y compris le remboursement des frais relatifs à un polissage de l'oeil artificiel ou à une reconfection par année civile, par personne assurée.

Prothèse mammaire externe : achat, lorsqu'elle est requise à la suite d'une mastectomie totale ou radicale réalisée pendant que la personne est assurée en vertu de la présente garantie ou d'une garantie comparable en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de la présente garantie.

Prothèse capillaire : achat, lorsqu'une telle prothèse est nécessaire à la suite d'un traitement de chimiothérapie, ou d'une lésion ou maladie traitée chirurgicalement.

ÉQUIPEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Glucomètre ou réflectomètre : achat ou location, sur recommandation médicale.

Oxygène et matériel nécessaire à son administration : achat ou location du matériel, à la discrétion de l'assureur.

Moniteur d'apnée : achat ou location, à la discrétion de l'assureur.

Pompe à drainage et accessoires de percussion thoracique : achat.

Neurostimulateur T.E.N.S. : achat ou location, à la discrétion de l'assureur.

Autres équipements thérapeutiques : achat ou location, à la discrétion de l'assureur, qui sont médicalement nécessaires et destinés à guérir ou à traiter une affection. Cette catégorie d'appareils comprend par exemple les stimulateurs de consolidation de fracture, les pompes à insuline, les appareils d'aérosolthérapie et les respirateurs à pression positive intermittente.

FOURNITURES MÉDICALES

Fournitures ayant trait à la colostomie, l'iléostomie et l'urétérostomie : achat.

Bas de contention : selon les dispositions prévues au TABLEAU DES GARANTIES, achat, à condition qu'ils soient prescrits pour le traitement des varices ou nécessaires à la suite de brûlures graves ou d'une intervention chirurgicale, et fournis dans une pharmacie ou dans un établissement médical.

Stérilet : achat.

Fournitures pour les paraplégiques : achat, à condition qu'elles soient reconnues nécessaires pour le traitement et l'entretien des paraplégiques.

Cathéter : achat.

Fournitures médicales servant au gavage : achat.

Fournitures médicales nécessaires suite à une trachéotomie : achat.

Lunette opaque nécessaire lors d'un traitement de radiothérapie ou contre le psoriasis : achat.

Vêtements compressifs pour brûlés : achat.

Pansements médicamentés : achat.

SERVICES DIAGNOSTIQUES

Techniques d'imagerie et analyse de laboratoire, à l'exclusion des services reçus à l'hôpital, selon les dispositions prévues au TABLEAU DES GARANTIES.

SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT

Les services d'un dentiste requis pour la réparation et le remplacement de dents saines par suite d'un coup accidentel reçu sur la bouche pendant que la personne est couverte en vertu de la présente garantie ou d'une garantie comparable en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de la présente garantie, et non en raison de l'introduction volontaire ou involontaire d'une substance alimentaire ou d'un objet dans sa bouche. Ces soins dentaires doivent être rendus dans les 12 mois suivant la date de l'accident; sinon, l'assureur exige qu'un plan de traitement détaillé qu'il juge satisfaisant lui soit présenté dans le même délai. L'assureur n'accorde aucun remboursement pour des soins reçus plus de deux ans après la date de l'accident.

STÉRILISATION CHIRURGICALE

Ligature des trompes : jusqu'à concurrence d'un montant payable viager de 80 $ par personne assurée.

Vasectomie : jusqu'à concurrence d'un montant payable viager de 60 $ par personne assurée.

CURES ET TRAITEMENTS

Traitement de l'infertilité : les frais engagés pour tout traitement de l'infertilité, y compris les médicaments, selon les dispositions prévues au régime général de l'assurance médicaments (RGAM) du Québec.

EXAMEN DE LA VUE

Les frais engagés pour un examen de la vue, y compris la vérification de la réfraction oculaire, étant entendu que ces services doivent être rendus par un ophtalmologiste autorisé ou un optométriste diplômé, selon les dispositions prévues au TABLEAU DES GARANTIES.

SOINS DE LA VUE

Traitements visio-moteurs et thérapies correctives : selon les dispositions prévues au TABLEAU DES GARANTIES.

Lunettes et lentilles cornéennes y compris les frais de remplacement, à condition qu'ils soient prescrits par écrit par un ophtalmologiste autorisé ou un optométriste diplômé et fournis par un ophtalmologiste autorisé, un optométriste diplômé ou un opticien autorisé ou les frais relatifs à une chirurgie pour corriger la myopie, l'hypermétropie ou l'astigmatisme, selon les dispositions prévues au TABLEAU DES GARANTIES.

LE SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ

Le service Info Accès-Santé est un service téléphonique offert 24 heures sur 24 qui permet à la personne assurée de pouvoir parler en toute confidentialité avec des professionnels de la santé d'expérience et d'obtenir des renseignements de façon immédiate.

Par l'entremise de ce service téléphonique, la personne assurée peut s'informer sur les questions suivantes :

- la santé;
- la diététique;
- la mise en forme;
- la disponibilité des ressources locales.
- la vaccination;
- le mode de vie;
- la puériculture;

Le service Info Accès-Santé doit être considéré comme un complément de la consultation médicale et du service médical d'urgence (911 ou autre); il ne remplace pas le professionnel de la santé que la personne assurée consulte habituellement ou le service médical d'urgence d'une municipalité.

Ce service d'information peut être utile pour améliorer la qualité de vie de l'adhérent et de ses personnes à charge.

La personne assurée peut communiquer en tout temps avec le service INFO ACCÈS-SANTÉ.

Provenance de l'appel	**Numéro à composer**
Partout au Canada	1 877 875-2632

FRAIS ADMISSIBLES - ASSURANCE VOYAGE

Lorsqu'une personne assurée doit engager des frais en raison d'une urgence médicale survenant au cours des 90 premiers jours d'un séjour à l'extérieur de sa province de résidence, l'assureur rembourse les frais admissibles conformément aux dispositions indiquées au TABLEAU DES GARANTIES et aux conditions suivantes :

1) la personne assurée doit être couverte en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;

2) les frais doivent être couverts en vertu de la garantie d'assurance accident-maladie; et

3) les frais doivent être reliés à un état de santé stable avant la date de début du voyage.

L'adhérent doit communiquer avec l'assureur si la durée du séjour à l'extérieur de la province de résidence est ou pourrait être supérieure à 90 jours, sans quoi la personne assurée pourrait ne pas être couverte en vertu de l'assurance voyage.

1) Frais médicaux admissibles :

a) les frais engagés pour des services hospitaliers et ceux engagés pour un séjour dans une chambre à deux lits (semi-privée) dans un hôpital, jusqu'à ce que la personne assurée reçoive son congé de l'hôpital;

b) les honoraires d'un médecin, d'un chirurgien et d'un anesthésiste;

c) tous les autres frais admissibles qui sont couverts en vertu de la présente garantie dans la province de résidence habituelle de la personne assurée, sauf les frais admissibles pour les soins hospitaliers et pour les soins à domicile, s'il y a lieu.

2) Frais admissibles de transport :

a) les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé; le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance; de plus, la personne assurée cesse d'être couverte par l'assurance si elle ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;

b) les frais pour le rapatriement (simultané par rapport à celui du sous-paragraphe précédent) de tout membre de la famille immédiate qui est également assuré en vertu de la police, s'il ne peut revenir à son point de départ par le moyen de transport initialement prévu pour le retour; le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance;

c) le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié qui n'est ni un membre de la famille immédiate, ni un ami, ni un compagnon de voyage, à condition que la présence d'un tel accompagnateur soit prescrite par le médecin traitant et approuvée par Voyage Assistance;

d) le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne assurée qui demeure à l'hôpital pendant au moins sept jours (les frais ne seront remboursés que si la personne demeure à l'hôpital au moins sept jours); cette visite n’est cependant pas admissible au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus. Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont également couverts, jusqu'à concurrence de 500 $. La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant et la visite doit préalablement être approuvée et planifiée par Voyage Assistance;

e) les frais de retour du véhicule, si la personne assurée souffre d'une incapacité résultant d'une urgence médicale certifiée par un médecin et qu'elle ne soit pas en état, selon celui-ci, de ramener elle-même son véhicule ou celui qu'elle a loué et qu'aucun membre de la famille immédiate ou compagnon de voyage l'accompagnant ne soit en état de le faire; le retour peut être effectué par une agence commerciale, mais il doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance; le remboursement maximal est de 1 000 $ par adhérent;

f) en cas de décès de la personne assurée, le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement (le voyage doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance); il faut cependant qu'aucun membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage;

g) en cas de décès de la personne assurée, les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train), jusqu'à concurrence de 5 000 $; le coût du cercueil n'est pas inclus dans l'assurance; le retour doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance.

3) Frais admissibles de subsistance : le coût des repas et de l'hébergement de la personne assurée qui doit reporter son retour en raison d'une maladie ou d'une blessure corporelle qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, de même que les frais additionnels de garde des enfants qui ne l'accompagnent pas; ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence de 200 $ par jour par adhérent, pendant un maximum de 10 jours; la maladie ou la blessure doit être constatée par un médecin.

4) Frais admissibles d'appels interurbains : les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la famille immédiate si la personne assurée est hospitalisée, pourvu qu'aucun frais de transport pour visiter la personne assurée, tel que prévu à la section d) ci-dessus ne soient remboursés et que cette dernière ne soit pas accompagnée par un membre de sa famille immédiate âgé de 18 ans ou plus, jusqu'à concurrence de 50 $ par jour et d'un maximum global de 200 $ par période d'hospitalisation.

5) Décisions médicales : lorsqu'un médecin ou un autre professionnel de la santé, à l'emploi de Voyage Assistance, lié par contrat à Voyage Assistance ou désigné par ce dernier prend des décisions quant à la nécessité de fournir les services couverts tels qu'ils sont décrits ci-dessus, il s'agit alors de décisions médicales fondées sur des facteurs médicaux qui sont décisives lorsqu'il s'agit de déterminer la nécessité d'offrir ces services.

6) Le service Voyage Assistance

Voyage Assistance prend les dispositions nécessaires pour fournir les services suivants à toute personne assurée qui en a besoin :

a) assistance téléphonique sans frais, 24 heures sur 24;

b) orientation vers des médecins ou des établissements de santé;

c) aide pour l'admission à l'hôpital;

d) avances de fonds à l'hôpital lorsqu'elles sont exigées par l'établissement concerné;

e) rapatriement de la personne assurée dans sa ville de résidence, dès que son état de santé le permet;

f) établissement et maintien des contacts avec l'assureur;

g) règlement des formalités en cas de décès;

h) rapatriement des enfants de la personne assurée si elle est immobilisée;

i) envoi d'aide médicale et de médicaments si une personne assurée se trouve trop loin des établissements de santé pour y être transportée;

j) arrangements nécessaires pour faire venir un membre de la famille immédiate si la personne assurée doit séjourner à l'hôpital au moins sept jours et si le médecin prescrit une telle visite;

k) en cas de perte ou de vol de papiers d'identité, aide pour se procurer des papiers temporaires afin de poursuivre le voyage;

l) orientation vers des avocats si des problèmes juridiques surviennent;

m) service d’interprète lors d’appels d’urgence;

n) transmission de messages aux proches de la personne assurée en cas d’urgence;

o) avant le départ, information sur les passeports, les visas et les vaccins requis dans le pays de destination.

En cas d'urgence médicale, la personne assurée peut communiquer immédiatement avec le service VOYAGE ASSISTANCE.

Provenance de l'appel	**Numéro à composer**
Région de Montréal	(514) 875-9170
Canada et États-Unis	1-800-465-6390 (sans frais)
Ailleurs dans le monde (Excluant les Amériques)	indicatif outre-mer + 800 29485399 (sans frais)
Frais virés (Partout dans le monde)	(514) 875-9170

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

1) Les prestations sont limitées aux montants indiqués au TABLEAU DES GARANTIES ou dans la garantie.

2) Aucun remboursement n'est effectué en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :

   a) les services ou les soins qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer en totalité ou en partie, sauf dans la mesure où il permet un remboursement excédentaire;

   b) les services, les soins ou les produits que la personne reçoit gratuitement ou qui sont remboursables en vertu d'une loi provinciale ou fédérale, étant entendu que pour une personne qui n'est pas couverte par les lois en question, l'assureur ne rembourse pas les frais qui auraient normalement été couverts par les lois sur l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée;

   c) les services, les soins ou les produits administrés à des fins expérimentales;

   d) les frais engagés pour des prothèses implantées chirurgicalement, à l'exception des cristallins artificiels s'ils sont couverts par la police;

   e) les services, les soins ou les produits fournis à l'adhérent par l'employeur;

   f) les fauteuils roulants conçus ou adaptés pour permettre la participation à des activités sportives;

   g) les lits électriques;

h) les appareils de contrôle tels les stéthoscopes, les sphygmomanomètres ou les autres appareils de même nature ainsi que les accessoires domestiques tels les purificateurs, les humidificateurs, les climatiseurs, les baignoires à remous ou autres appareils de même nature;

i) les équipements de type «Obus Forme»;

j) les cours, programmes d'exercices, programmes de conditionnement physique sur appareil ou au sol, bains flottants, bains de boue, bains thérapeutiques, exercices de relaxation, exercices en gymnase, séances d'étirement et renforcement, évaluations posturales et bougies auriculaires;

k) les couches pour incontinence;

l) les soins dentaires, sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;

m) les actes dentaires et les fournitures ayant pour but la restauration de la bouche au complet ainsi que la correction de la dimension verticale ou de toute dysfonction temporo-mandibulaire;

n) les voyages de santé ou les voyages effectués pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;

o) les services, les soins ou les produits non inclus dans la liste des frais admissibles;

p) les frais admissibles qui découlent directement ou indirectement :

   i) de soins esthétiques;

   ii) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel;

   iii) de toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute loi semblable ou en vertu de tout autre régime public;

   iv) d'une guerre, déclarée ou non, du service actif dans les forces armées d'un pays ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;

v) du fait pour l'adhérent d'avoir conduit un véhicule motorisé alors qu'il était sous l'influence de stupéfiants ou que la concentration d'alcool dans son sang excédait la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada; les frais admissibles engagés pour une cure de désintoxication et les frais engagés pour l'achat de médicaments que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments couvrirait ne sont pas visés par la présente;

q) les frais engagés pour une cure de désintoxication;

r) les examens de la vue, ou pour la vérification de la réfraction oculaire, à moins d'indication contraire à la présente garantie;

s) les lunettes et les lentilles cornéennes, et l'ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes, à moins d'indication contraire à la présente garantie;

t) les lunettes de soleil ou les lunettes protectrices.

Après entente avec le preneur du contrat, les prestations peuvent être limitées ou aucun remboursement effectué pour des soins ou produits disponibles dans le réseau de fournisseurs privilégiés mais obtenus d'un autre fournisseur.

3) Exclusions applicables aux médicaments

Aucun remboursement n'est effectué en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :

a) les médicaments, les hormones, les produits et les injections servant au traitement de l'obésité;

b) les produits anticonceptionnels (gelées et mousses contraceptives et prophylactiques), sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;

c) les produits suivants, qu'ils soient considérés ou non comme des médicaments :

i) les shampooings et les autres produits pour le cuir chevelu, y compris les produits pour la pousse des cheveux;

ii) les produits pour soins esthétiques;

iii) les cosmétiques;

iv) les produits dits naturels et les préparations homéopathiques;

v) les écrans solaires;

vi) les savons;

vii) les laxatifs d'usage courant;

viii) les antiacides stomacaux d'usage courant;

ix) les émollients épidermiques;

x) les désinfectants et les pansements usuels;

xi) les eaux minérales;

xii) les préparations de lait de toute nature pour bébés;

xiii) les protéines ou suppléments diététiques (c'est-à-dire les produits servant de supplément ou de complément à l'alimentation);

d) les substances utilisées pour injections sclérosantes dans les cas de varicosités, de pinceaux veineux et de dilatation mineure non réellement pathologiques mais considérés comme inesthétiques;

e) les produits et les médicaments prescrits pour le traitement de dysfonctions sexuelles;

f) les médicaments ou produits antitabac qui ne sont pas couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments ainsi que les frais en excédent du maximum prévu en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments relativement aux médicaments ou produits antitabac;

g) à moins d'indication contraire dans la présente garantie, les frais qui servent à couvrir la franchise et la coassurance du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments pour les personnes qui sont assurées par ce régime;

h) les frais engagés pour des soins, produits ou médicaments qui sont utilisés pour traiter des conditions spécifiques autres que celles pour lesquelles ils ont été approuvés par Santé Canada;

i) médicaments ou produits qui font l'objet d'une consommation plus élevée que celle prévue par les critères de bonnes pratiques cliniques établis par DSF en fonction des lignes directrices de pratique Clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé.

Les exclusions de la présente garantie ne doivent en aucun cas rendre le régime moins généreux sur le plan des prestations que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments.

4) Restrictions applicables aux médicaments exigeant une autorisation préalable

a) l'assureur se réserve le droit d'appliquer certaines restrictions, exclusions et limitations, notamment pour les soins, produits ou médicaments qui ne répondent pas aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur à la date à laquelle les frais sont engagés;

b) l'assureur se réserve le droit d'appliquer des restrictions au remboursement de médicaments pour lesquels un médicament équivalent moins cher existe sur le marché.

5) Restrictions applicables aux médicaments

La quantité des médicaments ou produits achetés ne doit pas dépasser une provision de 90 jours.

6) Limitations additionnelles applicables aux médicaments

Pour les médicaments biologiques, l'assureur se réserve le droit de rembourser un médicament biosimilaire moins cher s'il en existe sur le marché.

7) Exclusions additionnelles applicables aux médicaments

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

a) Médicaments ou produits qui sont inscrits sur la liste des médicaments ou produits exclus, disponible sur le site web de l'assureur. Cette liste est établie en fonction des données relatives à l'efficacité des médicaments ou produits par rapport aux coûts qui y sont reliés, des lignes directrices de pratique clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé.

b) Médicaments ou produits considérés par l'assureur comme devant être administrés à l'hôpital ou en milieu hospitalier, notamment ceux nécessitant une surveillance médicale particulière pendant le traitement en raison de la gravité de l'état du patient, de la complexité du traitement ou pour des motifs de sécurité. Afin d'identifier ces médicaments ou produits, l'assureur utilise les données provenant des monographies de produits approuvées par Santé Canada et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé.

8) Exclusions et limitations applicables à l'assurance voyage

La personne assurée doit communiquer dès que possible avec Voyage Assistance lorsqu'elle doit avoir recours à des services médicaux d'urgence qui nécessitent une hospitalisation à l'étranger, sans quoi le remboursement d'une partie des frais engagés admissibles pourrait être réduit ou refusé par l'assureur. Il est aussi entendu que l'assureur n'est pas responsable de la disponibilité ou de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés.

Les exclusions s'appliquant à l'assurance accident-maladie s'appliquent également à la partie assurance voyage de la présente garantie. De plus, l'assureur ne verse aucune des sommes prévues à la partie assurance voyage dans les cas suivants :

a) si la personne assurée n'est pas couverte en vertu de régimes d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;

b) si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir des traitements médicaux ou paramédicaux ou des services hospitaliers, même si le voyage a été recommandé par un médecin;

c) pour une chirurgie ou un traitement, lorsque ceux-ci sont facultatifs ou non urgents, c'est-à-dire qu'ils auraient pu être prodigués dans la province de résidence de la personne assurée sans danger pour sa vie ou sa santé, même si les soins sont prodigués à la suite d'une urgence médicale;

d) si la personne assurée ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;

e) pour les frais de soins de santé et les frais hospitaliers qui sont engagés pour une personne assurée qui ne peut être rapatriée dans sa province de résidence et qui refuse un traitement médical prescrit par le médecin et approuvé par le Service d'assistance voyage;

f) pour toute urgence médicale survenue dans un pays ou une région pour lesquels le gouvernement du Canada a émis, avant la date de début du voyage, un des avertissements suivants :

   i) éviter tout voyage non essentiel; ou

   ii) éviter tout voyage.

   La personne assurée qui se trouve dans le pays ou la région faisant l'objet d'un avertissement émis en cours de voyage n'est pas visée par la présente exclusion. Elle doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter ce pays ou cette région dans les meilleurs délais;

g) si la personne assurée refuse de divulguer les renseignements nécessaires à l'assureur relativement aux autres régimes d'assurance en vertu desquels elle bénéficie également de garanties d'assurance voyage ou si elle refuse à l'assureur l'utilisation de tels renseignements;

h) si les frais engagés sont reliés à un état de santé qui n'était pas stable avant la date de début du voyage.

Les prestations d'assurance voyage sont limitées au maximum indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

COORDINATION DES PRESTATIONS

La présente garantie est assujettie à la disposition relative à la COORDINATION DES PRESTATIONS de la section DEMANDES DE PRESTATIONS du contrat et aux dispositions ci-dessous.

Le montant total des prestations versées en vertu de la présente garantie et, s'il y a lieu, des garanties ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ADHÉRENT et ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DES PERSONNES À CHARGE du contrat ne peut jamais excéder le montant des frais assurés effectivement engagés.

Si les frais engagés par la personne assurée sont admissibles à un remboursement en vertu de la présente garantie et, s'il y a lieu, des garanties ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ADHÉRENT et ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DES PERSONNES À CHARGE du contrat, le remboursement prévu par les garanties d'ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES doit être effectué en premier lieu, la présente garantie limitant alors la responsabilité de l'assureur au solde des frais admissibles.

FIN DE LA GARANTIE

Cette garantie prend fin à la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge indiqué au TABLEAU DES GARANTIES ou à la première des dates indiquées dans la section CESSATION DE L'ASSURANCE.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE AU DÉCÈS DE L'ADHÉRENT

En cas de décès de l'adhérent, l'ASSURANCE VOYAGE continue de s'appliquer à ses personnes à charge assurées qui sont en voyage à l'extérieur de leur province de résidence au moment dudit décès, cette prolongation se poursuivant, sans paiement de prime, jusqu'à la première des dates suivantes :

1) le 31^{e} jour suivant le décès de l'adhérent;

2) la date de la fin du voyage en cours.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

Toute demande de prestations autre que pour des médicaments doit être accompagnée des pièces justificatives appropriées et être adressée à l'assureur à chaque période de 120 jours, dans la mesure où le montant de la demande le justifie et avant la fin d'une période de 12 mois consécutifs suivant la date où les frais ont été engagés. De plus, un avis écrit doit être transmis à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent immédiatement la date de tout accident en raison duquel l'adhérent doit soumettre une demande de prestations.

Par la suite, une preuve écrite jugée satisfaisante par l'assureur attestant la continuation de l'invalidité totale doit lui être remise chaque fois qu'il en fait la demande.

REMBOURSEMENT DES FRAIS DE MÉDICAMENTS

Lorsqu'elle engage des frais de médicaments, la personne assurée doit présenter au pharmacien la carte du service de paiement. Grâce à ce mode de paiement, dit direct, la personne assurée ne paie au pharmacien que la partie non assurée des frais de médicaments qu'elle engage et l’adhérent n'a donc pas à présenter de demandes de remboursement à l'assureur.

BON À SAVOIR

DEMANDES POUR SOINS MÉDICAUX

Il y a 2 façons de communiquer avec nous pour toute question concernant les frais admissibles en vertu de l'assurance accident-maladie :

Par courriel à : Servicecollectif@dsf.ca

Par téléphone au : 1 888 838-7534

Pour une meilleure expérience client, il est important d'avoir en main le numéro de police et le numéro de certificat lorsqu'un agent est disponible pour répondre à l'appel.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Pour obtenir toute autre information, l'adhérent est invité à visiter le site de Desjardins Sécurité financière à **www.desjardinsassurancevie.com** sous l'onglet « Nous joindre ».

BÉNÉFICIAIRE

Cette clause retire ou restreint le droit de l'adhérent de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes sont payables :

Seules les garanties qui prévoient des prestations en cas de décès de l'adhérent sont sujettes à la désignation de bénéficiaire(s) qui est alors la même pour l'ensemble de ces garanties.

ACCÈS À LA POLICE D'ASSURANCE COLLECTIVE

L'adhérent peut demander à Desjardins Sécurité financière d'obtenir une copie de sa demande d'adhésion, de son rapport d'assurabilité et de la police.

COMMENT DÉPOSER UNE PLAINTE

Si l'adhérent n'est pas satisfait pour quelque chose que nous avons dit ou fait, ou s'il estime avoir été lésé ou s'il veut que nous corrigions une situation, il peut déposer une plainte auprès de l'Officier du règlement des différends de Desjardins Sécurité financière. Le rôle de cet officier consiste à évaluer le bien-fondé des décisions et des pratiques de l'entreprise lorsqu'un de ses clients estime qu'il n'a pas obtenu le service auquel il avait droit.

Il peut joindre l'Officier du règlement des différends de trois façons :

Par écrit, à l'adresse suivante :

Officier du règlement des différends
Desjardins Sécurité financière,
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

Par courriel à : officierplaintes@dsf.ca

Par téléphone au : 1 877 938-8184

Pour obtenir des renseignements additionnels sur la procédure à suivre en cas de plainte ou pour obtenir notre formulaire de plainte, l'adhérent est invité à visiter le site de Desjardins Sécurité financière à **www.desjardinsassurancevie.com** sous l'onglet « Nous joindre ».

Notre engagement envers vous

Nous sommes toujours là pour répondre à vos questions. Vous pouvez compter sur notre équipe chevronnée pour vous fournir un service hors pair et traiter vos demandes avec efficacité. Nous veillons à votre bien-être et vous procurons un soutien financier au moment où vous en avez le plus besoin.

desjardinsassurancevie.com

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

Desjardins Assurances désigne Desjardins
Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2 / 1 866 647-5013

03074F11 (2019-02)