

**AUBERGE DE LA MONTAGNE
COUPEE INC.**

Classe : Tous Les employés



La Mutuelle Strategys

Fiducie de soins de santé au bénéfice des employés



Livret d'avantages sociaux

Voyages

En cas d'urgence à l'extérieur de la province, vous devez communiquer avec Global Excel avant tout traitement et indiquer les informations inscrites à l'endos de la carte.

Vous pouvez les joindre jour et nuit, tous les jours de la semaine en composant les numéros ci joints:

2019 Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances (" RSA Canada "). Cette assurance est souscrite par l'ASR Canada. Tous droits réservés. MORSA, RSA & Design et les mots et logos connexes sont des marques de commerce appartenant à RSA Insurance Group pie et utilisées sous licence par RSA Canada. Le nom et le logo "Global Excel" sont des marques déposées de Gestion Global Excel Inc.

1-866-870-1898 sans frais, du Canada et les Etats-Unis
+819 566-1898 à frais virés, de partout ailleurs à l'étranger
L'assurance voyage est souscrite auprès de RSA Canada.

Médicaments

Une carte de réclamation vous permet d'obtenir un remboursement directement chez votre pharmacien. Certaines réclamations nécessitent une pré-approbation. Il est fortement suggéré de présenter une soumission pour tous frais dispendieux

Votre Service à la clientèle Strategys :
Montréal : 514-358-2223
Sans frais 1-855-653-8482
info@strategys.ca

Pour soumettre votre réclamation, téléchargez l'application
SecureIndemnité



Scanner pour
télécharger l'application



Disponible sur Android,
IOS et BlackBerry Platform

Cher Participant,

La Mutuelle Strategys est une fiducie de soins et de santé au bénéfice des employés. C'est une entité distincte avec son patrimoine propre. Sans but lucratif, elle est gérée en fonction des intérêts communs des employeurs cotisants et des employés participants qui en sont les seuls bénéficiaires.

La mission de la Mutuelle Strategys est la stabilisation financière des régimes collectifs par la mise en commun des ressources de l'ensemble des groupes membres permettant l'intégration de services supérieurs de gestion santé. Voués aux intérêts de ses participants par le développement et l'innovation de nouveaux produits financiers, nos régimes sont plus performants et capables de répondre aux besoins contemporains des employés et des entreprises.

En effet l'approche mutualiste permet de constituer un régime collectif indépendant et autonome. Le regroupement économique de ses membres permet l'émergence de nouveaux services de pointe qu'un régime traditionnel ne peut offrir. Les surplus financiers sont réinvestis dans la santé et le mieux-être des employés.

Je vous prie de participer pleinement à l'évolution de La Mutuelle Strategys ainsi qu'au développement et l'excellence de ses services car vous êtes sa raison d'être.



Yves Legault

Fiduciaire Principal



VOTRE RÉGIME D'AVANTAGES SOCIAUX

Les informations sur les avantages sociaux et les services sont fournis par votre régime.
Vous y trouverez :

- 👁️ Les services pharmaceutiques, médicaux et dentaire sont fournis par **La Mutuelle Strategys**.
Numéro de Contrat: **43STSQC1**
- 👁️ La couverture des services d'assurance voyage est offerte par **RSA Canada**.
Numéro de Contrat: **1170181**
- 👁️ La couverture des services d'assurance vie et invalidité est offerte par **Humania**.
Numéro de Contrat: **17832 - 00**





PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

La protection de votre vie privée revêt une grande importance pour La Mutuelle Strategys. Les informations personnelles seront collectées, utilisées et divulguées uniquement aux fins des services d'assurance demandés et des services de santé offerts dans le cadre du présent régime d'avantages sociaux. Cette information demeure confidentielle conformément aux lois fédérales et provinciales applicables. En cas de sinistre, La Mutuelle Strategys peut obtenir des informations médicales et personnelles détenues par un tiers. Ces informations peuvent être communiquées aux employés de La Mutuelle Strategys afin d'analyser les réclamations. La Mutuelle Strategys ne peut en aucun cas divulguer ces informations personnelles à des personnes ou à des organisations qui ne sont pas clairement autorisées à les consulter sans l'accord préalable de la personne concernée.

Il se peut que nous échangions des renseignements personnels avec vos fournisseurs de soins, le gestionnaire de votre régime, d'autres compagnies d'assurance ou de réassurance, les administrateurs de régimes offerts par l'État ou d'autres régimes de garanties, d'autres organisations ou les fournisseurs de services qui travaillent avec nous, lorsque cela est nécessaire pour gérer le régime.





TABLES DES MATIÈRES

SOMMAIRE DES AVANTAGES SOCIAUX	01
Constitution	02
Assurance-vie	03
Invalidité de longue durée	04
Santé	05
Autres services complémentaires	06
Assurance voyage	08
MÉDICAMENTS ET SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES	09
Définitions	10
Conditions générales	14
SOINS COMPLÉMENTAIRES	24
ASSURANCE VOYAGE.....	27
ASSURANCE VIE & INVALIDITÉ	42





SOMMAIRE

DES AVANTAGES SOCIAUX



Constitution

Classe —————>> Tous Les employés

Délais d'admissibilité —————>> 6 mois de service continue

Nombre d'heures minimum —————>> 25 heures par semaine



Assurance-vie

Vie

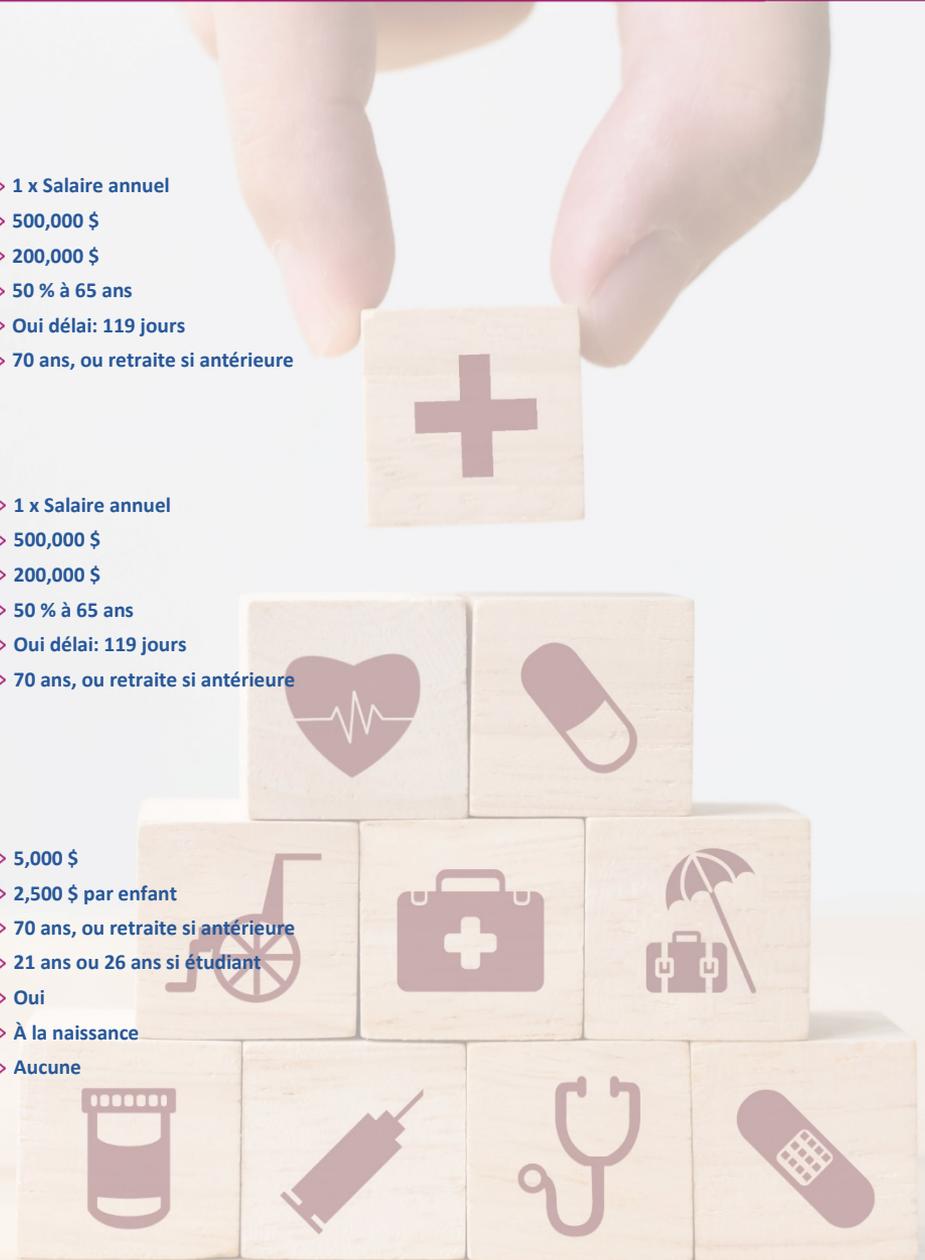
Prestation assurée	» 1 x Salaire annuel
Maximum avec preuve	» 500,000 \$
Maximum sans preuve	» 200,000 \$
Réduction du montant de l'assurance	» 50 % à 65 ans
Exonération des primes	» Oui délai: 119 jours
Terminaison	» 70 ans, ou retraite si antérieure

Mutilation et mort accidentelle (MMA)

Prestation assurée	» 1 x Salaire annuel
Maximum avec preuve	» 500,000 \$
Maximum sans preuve	» 200,000 \$
Réduction du montant de l'assurance	» 50 % à 65 ans
Exonération des primes	» Oui délai: 119 jours
Terminaison	» 70 ans, ou retraite si antérieure

Vie des personnes à charge

Conjoint(e)	» 5,000 \$
Enfant	» 2,500 \$ par enfant
Terminaison de la garantie	» 70 ans, ou retraite si antérieure
Terminaison de la garantie (enfant)	» 21 ans ou 26 ans si étudiant
Exonération des primes	» Oui
Couverture pour les enfants	» À la naissance
Prolongations aux survivants	» Aucune



Assurance invalidité

Longue durée (ILD)

Cédule des prestations	» 66,7% du salaire mensuel
Maximum sans preuve	» 4,000\$
Maximum avec preuve	» 6,000\$
Statut fiscal	» Non-imposable
Délai de carence	» 119 jours
Couverture	» Propre Emploi
Période propre occupation	» 24 mois
Exonération des primes	» Oui délai: 119 jours
Coordination	» 85% du revenu net de toutes sources
Durée maximale des prestations	» Jusqu'à l'âge de 65 ans
Condition préexistante	» 3 mois/ 12 mois
Terminaison	» 64 ans et 8 mois ou retraite si antérieure



Santé

Franchise

Couverture individuelle assurée	» 50 \$ par année civile
Couverture familiale, monoparentale, conjoint	» 100 \$ par année civile
Médicaments	» Non
Hospitalisation	» Non
Autres services couverts par le régime	» Applicable
Soins de la vue	» Applicable

Services de gestion santé

Mobilisation santé et rencontre individuelle	» Tous les participants
Évaluation du risque cardio-métabolique	» Tous les participants
Éducation pharmaco-économique	» Tous les participants
Aide personnalisée en cas de maladies graves	» Tous les participants
Assistance pharmacologique à l'implantation du prix le plus bas (PPB)	» Tous les participants

Médicaments

Carte de paiement	» Direct
Gestion des médicaments	» Pharmaco-économique, Prix le Plus Bas (PPB), sur ordonnance seulement
Ticket modérateur	» 5.00\$ par ordonnance
Type de médicament	» Niveau RAMQ, Prix le plus bas
Coassurances - Médicaments génériques	» 20% Coassurance du participant
Coassurances - Médicaments d'origines	» 20% Coassurance du participant
Contribution maximale	» Selon la loi de l'assurance médicaments du Québec, excluant les montants excédant le PPB
65 ans et plus	» Surprime exigée si non inscrit au régime universel d'assurance médicaments du Québec

Hospitalisation

Coassurance	» Non
Chambre	» Semi-Privée ou Privée max. 90\$/jour

Soins de la vue

Coassurance	» Non
Examen de la vue	» 50 \$ par 24 mois consécutifs
Suite à une chirurgie (lunettes, verres de contact ou lentilles intraoculaires)	» 1 / œil max.300 \$ / viager

Autres services complémentaires

Coassurance	» Non
Bas post-chirurgie	» 200 \$ par année civile
Chaussures orthopédiques	» 150\$ par année civile
Dispositif Prosthétiques	» Frais raisonnables et courants
Ambulance terrestre	» 2500\$ per occurrence, max. 5000\$ par année civile
Ambulance aérienne	» Max. 25,000\$ par année civile
Appareils orthopédique rigides et prothèses permanente	» 15,000 \$ / membre / 36 mois
Assurance dentaire accidentelle	» 5,000 \$ / année civile
Moniteurs méd-moniteurs, Glucomètre	» Frais raisonnables et courants
Cannes, béquilles, plâtres et déambulateurs	» Frais usuels et courants
Fauteuil roulant – électrique	» 5,500 \$ / 48 mois
Fauteuil roulant – manuel	» 2,000 \$ / 48 mois
Fourniture pour stomie et iléostomie	» Frais raisonnables et courants
Fourniture médicales	» Frais raisonnables et courants
Hospitalisation	» 25,000 \$ / année civile
Lit d'hôpital – manuel	» 3,000 \$ / viager
Lève-personne manuel ou hydraulique	» 2,000 \$ / 48 mois
Machines et appareils respiratoires	» Frais raisonnables et courants
Neurostimulateur électrique transcutané (TENS)	» Frais usuels et coutumiers
Oxygène	» Frais raisonnables et courants
Pompes à insuline	» 7,500 \$ / 60 mois
Rampes pour fauteuil roulant	» 2,000 \$ maximum à vie
Soins de convalescence à domicile	» 10,000 \$ / année civile
Soins en maison de convalescence	» 30 \$ / jour max. 180 jours
Stimulateur de muscles électrique (TEM)	» Frais raisonnables et courants
Systèmes biostéogènes	» Frais raisonnables et courants
Orthèse podologique sur mesure	» 400 \$ par 36 mois
Prothèse mammaire à la suite d'une mastectomie	» 400 \$ / prothèse / année civile
Soutien-gorge post chirurgie	» 200 \$ par année civile
Soins infirmiers privés	» 10,000 \$ / année civile



Pompes de drainage thoracique	» Frais raisonnables et courants
Perruques	» 600 \$ par période de 36 mois
Appareils auditifs	» 500 \$ par période de 36 mois

Coassurance

Bas de soutien et de contention régulier ou sur mesure	» 3 paires par année civile
Cure de désintoxication	» 80 \$ par jour, maximum 2,500\$ / viager
Équipement respiratoire (CPAP, APAP)	» 1 par 60 mois consécutifs, max. 2,000 \$
IPPB	» 1 par 60 mois consécutifs, max 2,000 \$
Injections sclérosantes	» 20\$ par injection, maximum 500 \$ par année civile
Stérilet	» 1 par 24 mois
Vaccins préventifs	» 100 \$ par année civile
Frais de labo & imagerie médicale	» 1,000 \$ / année civile
Moniteur d'apnée	» Frais usuels et coutumiers
Chaussures profondes	» 100 \$ / année civile

Caractéristiques

Terminaison	» 70 ans ou à la retraite si antérieure
Prolongation pour survivant	» 24 mois
Exonération des primes	» Non

Note 1 : Les caractéristiques s'appliquent à l'ensemble des soins de santé.

Note 2 : Les maximums ci-haut mentionnés sont les montants maximums payables.

Note 3 : Tous les montants remboursables ne doivent pas excéder les frais usuels et coutumiers pour les services et produits utilisés.

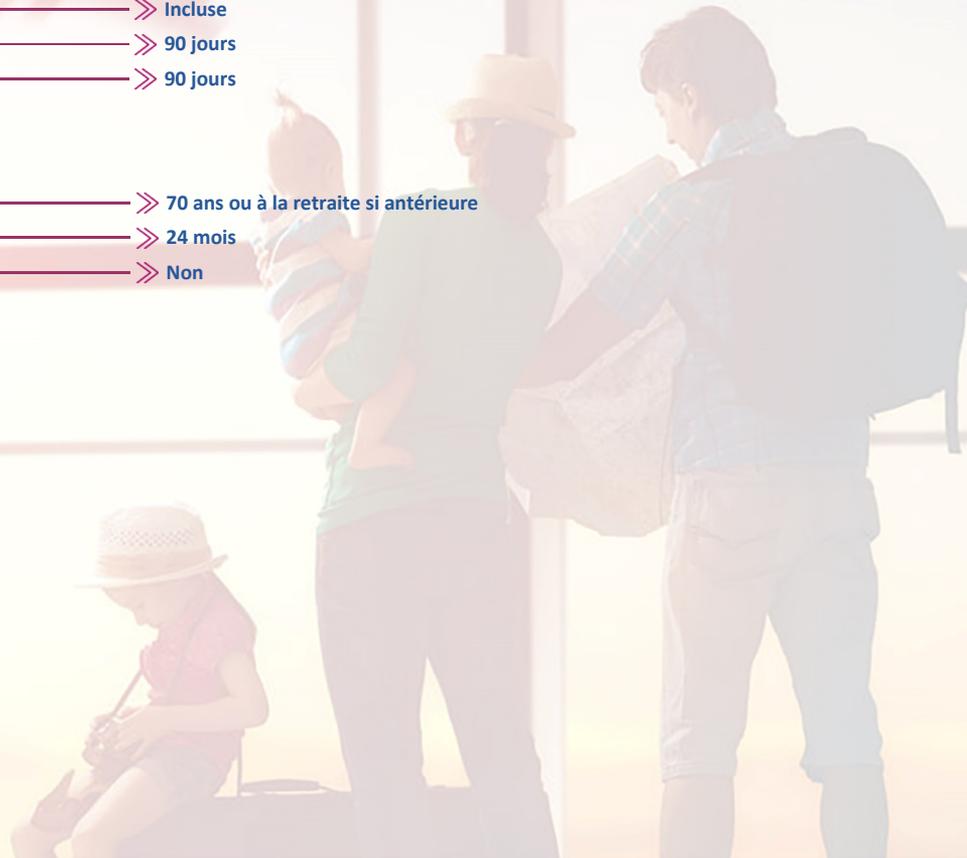


Assurance médicale de voyage hors de la province

Hors Canada	» 100%
Maximum	» 5,000,000 \$ par voyage
Annulation de voyage	» 5,000 \$ par voyage
Interruption de voyage	» Maximum 2,000 \$ par voyage
Frais d'urgence hors pays mutualisé au 1er dollar	» Oui
Perte de bagages	» 1,000 \$ par voyage
Assistance médicale	» Incluse
Durée du séjour 65 ans et plus	» 90 jours
Durée maximale du séjour	» 90 jours

Caractéristiques

Terminaison	» 70 ans ou à la retraite si antérieure
Prolongation pour survivant	» 24 mois
Exonération des primes	» Non





MÉDICAMENTS

ET SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES



Définitions

Accident: signifie un événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est exclusivement attribuable à une cause externe de nature violente et qui, directement et indépendamment de toute autre cause, occasionne des lésions corporelles.

Adhérent: se dit d'une personne admise à la protection ou à l'assurance en sa qualité de membre d'une classe de personnes admissibles. Pour qu'une personne soit reconnue comme adhérent, elle doit aussi être couverte par les régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation d'une province canadienne. De plus, un employé ne peut être reconnu comme adhérent que s'il réside au Canada au moins 9 mois par année et y a effectivement son lieu de travail habituel.

Administrateur du régime: signifie une personne désignée par le preneur comme responsable de l'administration du présent régime.

Âge limite: désigne l'âge auquel la protection ou l'assurance prend fin. À moins d'indication contraire dans la demande d'adhésion principale, l'âge limite est déterminé comme suit

- Employé - retraite;
- Enfant à charge - 21 ans;
- Enfant à charge (étudiant à temps plein)-26ans.

Un enfant à charge ayant dépassé l'âge limite demeure admissible s'il est atteint d'un handicap intellectuel ou physique permanent et s'il est entièrement à votre charge ou à celle de votre conjoint pourvu qu'il ait été couvert comme enfant à charge en vertu du présent contrat avant d'atteindre l'âge limite

Année: signifie une année civile.

Assurance: détermine certaines protections dans le présent régime qui sont offertes par un assureur.

Assuré, personne assurée ou participant: désigne le participant ou les personnes à charge du participant assurés ou couverts en vertu du régime des avantages sociaux.

Assureurs: signifie la compagnie d'assurance qui offre les protections d'assurance vie, vie de personnes à charge, mort ou mutilation par accident et invalidité fournissant des protections en vertu du régime des avantages sociaux.

Blessure: signifie toute atteinte corporelle inattendue et imprévue résultant d'un accident subi par vous au cours de la période de protection et nécessitant un traitement d'urgence couvert par le présent contrat.

Conjoint: Signifie la seule personne liée au participant:

- Soit par le fait d'un mariage ou une union civile légalement reconnu et non dissout par le divorce ou l'annulation du mariage ou de l'union, ou par la cessation de la cohabitation permanente avec le participant depuis plus d'un an;
- Soit par le fait qu'elle réside habituellement en permanence depuis au moins 12 mois avec celui-ci, publiquement comme étant son conjoint ; ou
- Personnes vivantes maritalement, ayant eu un enfant ensemble, et qui ne se sont pas séparées depuis 90 jours en raison de l'échec de leur union.

Contrat: désigne les ententes entre le preneur et La Mutuelle Strategys, assurance voyage RSA Inc. et la compagnie d'assurance vie qui souscrit les protections d'assurance vie, vie des personnes à charge, mort ou mutilation par accident et invalidité, dont les numéros sont identifiés dans les ententes émises par eux.

Détenteur de la police: désigne l'entreprise ou l'organisation pour laquelle la présente police est émise.

Détenteur du contrat: désigne l'entreprise ou l'organisation pour laquelle le présent contrat est émis.

Effectivement au travail: veut dire le fait pour un employé d'être présent à son lieu de travail et d'exercer ses fonctions habituelles selon son horaire normal de travail et à plein salaire. L'employé qui n'est pas invalide est aussi considéré comme effectivement au travail si l'unique raison de son absence est qu'il est en période de congé ou qu'il ne s'agit pas d'une journée ouvrable pour lui.

Employé: se dit d'une personne travaillant pour l'employeur à titre d'employé régulier et faisant partie de l'une des classes d'employés admissibles mentionnées au contrat.

Employeur: se dit de tout employeur dont au moins une classe d'employés est admissible aux protections du régime.

Engagés: à propos des frais, désigne le renvoi à la date à laquelle un service ou des soins médicaux entraînant des frais et ouvrant droit à des prestations en vertu du régime du détenteur du contrat sont prodigués à une personne couverte.

Enfant à charge: se dit d'un enfant à l'égard duquel vous ou votre conjoint exercez l'autorité parentale ou l'exerceriez s'il était mineur et dont vous ou votre conjoint assumez le soutien. Pour être admissible, l'enfant doit aussi être célibataire et rencontrer une des trois conditions suivantes:

- Être âgé d'au moins 24 heures et de moins de 21 ans;
- Être âgé de 21 ans ou plus mais de moins de 26 ans et étudier à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue. La Mutuelle Strategys exige la preuve de l'inscription à un programme d'études ;
- Quel que soit son âge, être atteint d'une déficience fonctionnelle visée par le règlement d'application de la loi ;
- L'enfant doit ne pas recevoir de prestations de programmes d'aide de dernier recours prévue par les lois provinciales ;
- La Mutuelle Strategys peut exiger les preuves qu'elle juge nécessaires ;
- L'enfant doit être domicilié chez une personne qui exercerait l'autorité parentale sur lui s'il était mineur ;
- Pour être reconnue comme enfant à charge, la personne doit aussi résider au Canada au moins 9 mois par année et être couverte par les régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation d'une province canadienne.

Fournisseur de régime: désigne l'administrateur choisi par le détenteur du contrat pour fournir les services administratifs liés au régime du détenteur du contrat visé par le présent contrat.

Frais admissibles: désignent les frais de médicaments ou les frais de médicaments et les frais médicaux, selon le niveau de protection indiqué à la page des conditions particulières, engagés par une personne couverte et versés par le détenteur du contrat durant la période de protection.

Frais de médicaments: désignent le coût raisonnable et nécessaire des médicaments sur ordonnance approuvés dans le régime du détenteur du contrat et non exclus du présent contrat.

Frais médicaux: désignent les coûts raisonnables et nécessaires faisant l'objet de réclamations au titre des prestations de soins de santé accordées en vertu du régime du détenteur du contrat et non exclus par le présent contrat.

Frais raisonnables et courants: signifient les frais engagés pour des fournitures ou des services médicaux approuvés et couverts, qui n'excèdent pas les frais normaux d'autres fournisseurs de niveau similaire dans la même région géographique, pour le même traitement d'une maladie ou blessure similaire.

Garanties: déterminent les protections qui sont offertes dans le présent régime, qu'elles soient offertes par un assureur ou non.

Hôpital: signifie un établissement reconnu légalement comme étant un hôpital; lequel offre en permanence les services d'un ou plusieurs médecins disponibles en tout temps, ainsi que les services d'infirmières diplômées, dont la vocation première est de fournir des services diagnostiques et traitements médicaux et chirurgicaux pour les maladies ou blessures aiguës et le traitement des maladies chroniques; lequel est équipé de manière à effectuer des diagnostics, des opérations chirurgicales majeures et à fournir des soins aux patients hospitalisés. Le terme « hôpital » ne comprend pas les centres de convalescence, de soins infirmiers, de repos ou de soins infirmiers spécialisés, qu'ils fassent partie ou non d'un hôpital général ordinaire, ni des établissements exploités à titre de clinique, de centres de soins palliatifs ou prolongés, centres de traitement de la toxicomanie ou stations de cure.

Hospitalisation ou hospitalisé: signifie un participant ou une personne à charge qui occupe un lit d'hôpital pendant une durée minimale de 24 heures en vue d'obtenir des soins médicaux et dont l'admission jugée nécessaire du point de vue médical a été recommandée par un médecin ou pour une chirurgie dite chirurgie d'un jour.

Invalidité totale signifie :

- Au début de la période d'invalidité totale, invalidité causée par un accident ou une maladie et qui vous rend totalement incapable de remplir les principales fonctions de votre emploi habituel;
- À compter de la fin de la période de propre emploi indiqué au « tableau des protections », invalidité causée par un accident ou une maladie et qui vous rend totalement incapable d'exercer toute occupation rémunératrice à laquelle vous êtes raisonnablement préparé par votre éducation, votre formation ou votre expérience, et ce, sans égard à la disponibilité d'emploi ;
- Après la fin du contrat, les durées servant à déterminer la fin des périodes d'invalidité totale sont celles qui sont prévues par la loi. Invalidité totale résultant d'un accident: signifie une invalidité totale résultant exclusivement d'un accident et débutant dans les 90 jours suivant la date de cet accident.

Maladie: signifie une affection ou un problème de santé soudain ou imprévu donnant lieu à une perte pendant la période de protection. La maladie doit être suffisamment grave pour obliger une personne raisonnable à obtenir des soins médicaux auprès d'un médecin.

Médecin: signifie un praticien dûment autorisé à exercer conformément aux règlements applicables dans le territoire où la personne exerce. Le médecin doit être une personne autre que la personne assurée ou un membre de la famille immédiate.

Membre de la famille immédiate: signifie le conjoint, tout enfant biologique ou adopté, beau-fils, belle-fille, mère, beau-père, belle-mère, tuteur légal, enfant en tutelle, frère, sœur, beau-frère, belle-sœur, grands-parents, petits-enfants, gendre, bru, oncle, tante, neveu ou nièce de la personne assurée ou couverte.

Nécessaire du point de vue médical: à propos de services ou de fournitures, signifie que ceux-ci :

- Sont opportuns et compatibles avec le diagnostic conformément aux normes reconnues de la pratique médicale dans la société;
- Ne sont pas de nature expérimentale ou à des fins d'investigation ;
- Peuvent être évités sans que leur omission ait des conséquences néfastes pour l'état de santé de la personne assurée ou la qualité des soins médicaux.

Orthèse: désigne tout appareil orthopédique fabriqué de matériaux rigides, tel le métal ou le plastique, et servant à maintenir une partie du corps en bonne position. Les bandes de maintien élastiques et les orthèses du pied n'entrent pas dans cette catégorie.

Participant: signifie un employé admissible ou un membre que le détenteur du contrat désigne comme étant admissible à la protection accordée en vertu du présent contrat et pour lequel le détenteur du contrat a versé la prime requise.

Personne à charge: désigne le conjoint et tout enfant selon les définitions dans cette section.

Période d'assurance: désigne la période de validité du présent contrat indiquée à la page des conditions particulières ou la période durant laquelle le présent contrat aura été en vigueur advenant sa résiliation avant la date d'échéance.

Personne assurée: désigne un employé, un membre ou une personne à charge assurée répondant aux critères d'admissibilité du présent contrat et pour lesquels une prime a été versée.

Protection(s): désignent les montants d'assurance, de prestations et de remboursements payables en vertu du présent contrat et des contrats d'assurances rattachés à celui-ci en vertu du Régime d'Avantages Sociaux géré par La Mutuelle Strategys.

RAMQ: signifie Régie de l'assurance maladie du Québec.

Régime public d'assurance maladie: désigne la protection d'assurance maladie accordée par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux canadiens à leurs résidents.

Récidive d'invalidité totale: signifie les périodes successives d'invalidité totale dues aux mêmes causes et séparées par moins de 31 jours complets consécutifs au cours desquels vous avez été effectivement au travail ou avez été apte à y être. Se dit aussi de périodes successives d'invalidité totale dues à des causes entièrement différentes et séparées par moins d'un jour complet au cours duquel vous avez été de retour au travail. Lorsqu'une période d'invalidité totale, telle que définie précédemment, excède 6 mois, une période d'invalidité totale due aux mêmes causes que la période précédente est une récidive d'invalidité totale si les périodes sont séparées par moins de 180 jours complets consécutifs au cours desquels vous avez été de retour au travail selon un horaire quotidien minimal équivalant à celui que vous aviez avant votre invalidité ou avez été apte à l'être. Après la fin du contrat, les durées servant à déterminer la fin des périodes d'invalidité totale sont celles qui sont prévues par la loi.

Soins médicaux: signifie toute mesure raisonnable de nature médicale, thérapeutique ou diagnostique, nécessaire du point de vue médical, prescrite par un médecin, comprenant l'hospitalisation, les examens ou tests de base à des fins d'investigation, la chirurgie, les médicaments d'ordonnance (incluant ceux prescrits au besoin), ou de tout autre soin directement attribuable à la maladie, à la blessure ou au symptôme en question. Subrogation: désigne la substitution, dans un rapport juridique, d'une personne à une autre ou, parfois, d'une chose à une autre. Le droit de subrogation est décrit plus loin dans la présente section des « Dispositions Générales».

Totalement invalide: se dit d'une personne répondant à la définition d'invalidité totale du contrat.

Urgence: désigne une maladie ou une blessure imprévisible et inattendue nécessitant des soins médicaux immédiats pour le soulagement d'une douleur ou souffrance aiguë durant la période de couverture, autres que des traitements expérimentaux ou alternatifs, dans la mesure où les soins ne peuvent être repoussés jusqu'au retour de la personne couverte au Canada.

Vous, votre: veut dire la personne assurée.

Voyage : s'entend d'un déplacement qu'effectue la personne assurée et qui débute le jour où elle quitte sa province ou son territoire de résidence et se termine le jour où elle y revient

Véhicule: s'entend de tout type d'automobile, de familiale, de mini-fourgonnette, d'utilitaire sport (destiné à circuler sur la voie publique), de motocyclette, de camionnette, de maison mobile, de camionnette de camping ou de maison remorque de moins de 11 mètres (36 pieds) de long, utilisés exclusivement pour le transport de passagers non payants, et dans lesquelles la personne assurée prend place durant le voyage à titre de passager ou de conducteur.



Conditions Générales

1. Début de l'assurance et des protections

Pour vous-même

Si La Mutuelle Strategys reçoit votre demande d'adhésion à la protection au plus tard dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle vous y devenez admissible. Si non, votre protection :

- Entre en vigueur à la date suivante la date à laquelle La Mutuelle Strategys reçoit votre demande ;
- Toutefois les protections pour lesquelles vous devez fournir des preuves d'assurabilité entrent en vigueur à la date d'acceptation de celles-ci.

Pour votre conjoint ou vos enfants à charge

Si La Mutuelle Strategys reçoit la demande d'adhésion à la protection pour votre conjoint ou vos enfants à charge au plus tard dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle ils y deviennent admissibles, leur protection entre en vigueur à la date suivante:

- La date à laquelle ils y deviennent admissibles. Sinon, elle entre en vigueur à la date suivante la date à laquelle La Mutuelle Strategys reçoit la demande ;
- Toutefois les protections pour lesquelles des preuves d'assurabilité sont exigibles entrent en vigueur à la date d'acceptation de celles-ci;
- Toute protection en vertu de laquelle vos enfants à charge sont couverts s'applique à tout nouvel enfant à charge. La protection de toute personne admissible à titre de conjoint ou d'enfant à charge ne peut entrer en vigueur avant votre protection.

2. Entrée en vigueur des modifications à l'assurance et aux protections

Augmentation de protection par suite d'un changement de situation professionnelle ou familiale

- Si vous êtes effectivement au travail ou si vous êtes en période d'interruption temporaire de travail et avez maintenu votre participation à la protection, toute augmentation de votre protection par suite d'un changement de situation professionnelle ou familiale entre en vigueur à la date de ce

changement, pourvu que la demande écrite à cet effet parvienne à Strategys administrateur en avantages sociaux au plus tard dans les 31 jours qui suivent le changement en question et sous réserve des dispositions relatives à l'invalidité totale.

- Sinon, la modification entre en vigueur à la date à laquelle vous retournez effectivement au travail, sous réserve de toute autre disposition alors en vigueur concernant l'admissibilité.
- Si la demande parvient chez La Mutuelle Strategys plus de 31 jours après la date de l'événement justifiant une augmentation de protection, ou si la nature de la demande d'augmentation l'exige pour quelque autre raison, vous devez fournir des preuves d'assurabilité et, si l'on approuve ces preuves, l'augmentation de protection entre en vigueur à la date à laquelle La Mutuelle Strategys reçoit la demande.

Protection non modifiable pendant une invalidité totale

- Pendant une période où un adhérent est retraité ou totalement invalide, aucun montant de protection ne peut être augmenté et les dispositions servant à déterminer ses montants de protection ne peuvent être modifiées. Ces modifications ne peuvent entrer en vigueur que lorsque l'adhérent est retourné effectivement au travail et à condition qu'il ne soit pas alors totalement invalide.

Diminution de protection par suite d'un changement de situation professionnelle ou familiale

- Toute diminution de protection résultant d'un changement de situation professionnelle ou familiale entre en vigueur à la date de ce changement, pourvu que la demande écrite à cet effet parvienne à La Mutuelle Strategys au plus tard dans les 31 jours qui suivent le changement en question. Si la demande parvient chez La Mutuelle Strategys plus de 31 jours après la date de l'événement justifiant une diminution de protection, celle-ci entre en vigueur à la date à laquelle La Mutuelle Strategys reçoit la demande de diminution.

3. Protections durant une interruption temporaire de travail

Après entente du preneur avec La Mutuelle Strategys la participation à la protection peut être maintenue dans certains cas d'interruption temporaire de travail, conformément à ce qui est indiqué ci-après. Sous réserve des dispositions de la loi concernant les durées minimales de maintien ou d'offre de maintien de participation à la protection, la possibilité de maintenir la participation à la protection et la durée de ce maintien sont déterminées par le preneur, compte tenu aussi des règles décrites ci-après.

Durée maximale de maintien de participation à la protection pendant une période de mise à pied temporaire

- La participation à la protection peut être maintenue jusqu'à un maximum de 6 mois pendant toute période de mise à pied temporaire.
- Durée maximale de maintien de participation à la protection pendant une période d'interruption de travail autre qu'une mise à pied temporaire La participation à la protection peut être maintenue jusqu'à un maximum de 12 mois pendant toute période d'interruption de travail autre qu'une mise à pied temporaire.

Durées minimales de maintien de participation

- Pour certaines interruptions de travail, la loi impose au preneur d'offrir des durées minimales de maintien de participation à la protection. Toute personne touchée par une interruption temporaire de travail doit s'informer auprès de l'administrateur du régime pour savoir si elle peut ou doit maintenir sa participation et pendant combien de temps

4. Information à fournir à La Mutuelle Strategys

L'administrateur du régime doit fournir à La Mutuelle Strategys l'information suivante dans les 31 jours suivant la date de votre interruption temporaire de travail :

- La date à laquelle vous avez cessé de travailler;
- Aussitôt qu'elle est connue, la date prévue de votre retour effectif au travail;
- Le choix qui a été fait de demander ou non le maintien de participation aux protections pendant la période d'interruption de travail et une indication à l'effet que la demande de maintien s'applique ou non à l'assurance salaire, dans les cas où les deux choix sont possibles.

Nonobstant les conditions précédentes, afin de respecter la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, La Mutuelle Strategys pourrait être dans l'obligation de maintenir en vigueur les protections médicaments et soins médicaux complémentaires pour les résidents du Québec.

Qu'il y ait eu ou non maintien de participation à la protection, La Mutuelle Strategys doit être avisée sans délai de la date à laquelle vous êtes effectivement retourné au travail ou avez été rappelé au travail.

5. Suspension de protections

Si l'administrateur du régime n'avise pas La Mutuelle Strategys avant l'expiration des 31 jours accordés pour ce faire, votre participation à la protection est suspendue à l'égard de toute votre période d'interruption de travail.

Sous réserve des dispositions de la loi, si votre interruption de travail a duré plus de 12 mois et a donné lieu à une suspension de protection, vous ne pouvez recommencer à participer à la protection qu'après votre retour au travail comme membre d'une classe d'employés admissibles et seulement après avoir complété de nouveau toute période d'emploi prévue aux conditions d'admission.

Si l'interruption de travail qui a donné lieu à une suspension de protection a duré 12 mois ou moins, vous pouvez recommencer à participer à la protection dès que vous retournez au travail comme membre d'une classe d'employés admissibles.

6. Interprétation

Malgré ce qui est prévu au présent article, le maintien de la participation à la protection ne peut en aucun cas avoir préséance sur les dates de fin de protection prévues ailleurs au contrat. De plus, La Mutuelle Strategys et les assureurs ont le droit d'invoquer en tout temps ce qui suit :

- Le caractère obligatoire de la participation à la couverture de certaines garanties;
- Pour toute personne qui a le choix de maintenir ou non sa participation à une protection facultative et qui ne le fait pas, l'obligation de fournir de nouvelles preuves d'assurabilité pour redevenir couvertes en vertu de cette protection et la possibilité qu'elles soient refusées.

7. Maintien de participation pour conjoint et enfants à charge d'adhérent décédé

Si vous décédez et que votre conjoint et vos enfants à charge soient alors couverts, leur participation aux protections Soins médicaux supplémentaires et Soins dentaires est maintenue sans paiement de dépôts jusqu'à la première des dates suivantes :

- La date coïncidant avec la fin d'une période de 24 mois suivant immédiatement votre décès ;
- La date à laquelle leur participation aux protections aurait pris fin si vous n'étiez pas décédé;
- La date à laquelle ils deviennent admissibles à un autre contrat comportant des protections similaires;
- La date de fin des contrats.

8. Fin des protections

Pour vous-même

Vos protections prennent fin au plus tard à Oh 01 à la plus hâtive des dates suivantes :

- La date à laquelle vous ne faites plus partie des personnes admissibles à titre d'adhérent selon ce qui est indiqué au «Tableau des Protections»;

- Pour chaque protection, au moment où la couverture prend fin selon ce qui est indiqué au «Tableau des Protections», le cas échéant;
- Le jour où votre participation aux protections est suspendue par suite d'une interruption temporaire de travail de plus de 12 mois;
- La date d'échéance des primes ou de dépôts, si elles ne sont pas versées à La Mutuelle Strategys avant la fin du délai de grâce ;
- Le lendemain de la résiliation du contrat; de même, en cas de résiliation d'une protection sans qu'il y ait résiliation du contrat, la couverture en vertu de cette protection prend fin au plus tard le lendemain de sa résiliation;
- La date à laquelle, par suite de fausses représentations, vous soumettez une demande de prestations ou recevez des prestations, indépendamment du caractère obligatoire des couvertures et de tout autre recours que La Mutuelle Strategys pourrait exercer.

Pour votre conjoint et vos enfants à charge

La protection de votre conjoint et de vos enfants à charge prend fin au plus tard à Oh 01 à la plus hâtive des dates suivantes :

- La date de la fin de votre protection, sous réserve des dispositions de l'article intitulé «Maintien de Participation» pour conjoint et enfants à charge d'adhérent décédé des présentes disposition générales;
- La date d'échéance des primes ou des dépôts payables pour leur protections, si elles ne sont pas versées à La Mutuelle Strategys avant la fin du délai de grâce.

9. Frais couverts

Tous les frais sont remboursés selon les coassurances indiquées au « Sommaire des Protections». L'indemnisation aux termes du régime peut être assujettie à certains plafonds et à certaines restrictions quant à la fréquence. Consultez le «Sommaire des Protections» à ce sujet.

Le régime couvre les frais courants engagés pour les soins, fournitures et services ci-dessous. Pour être couverts, les soins, services et fournitures doivent constituer un traitement raisonnable. Un traitement est considéré comme raisonnable s'il est accepté par la profession médicale

s'il est reconnu comme efficace, et si sa nature, son intensité, sa fréquence et sa durée sont essentielles au diagnostic ou au contrôle d'une maladie ou d'une blessure donnée.

10. Exonération des primes

Il n'y a aucune garantie d'exonération des primes offertes pour ces protections. Cependant, veuillez consulter la section des Conditions Générales intitulée « Maintien de participation pour conjoint et enfants à charge d'adhérent décédé ».

11. Actions en justice

Toute action en justice ou procédure judiciaire contre La Mutuelle Strategys et les Assureurs associés à La Mutuelle Strategys pour le règlement des sommes payables aux termes d'un contrat de protections et services ou d'assurance est strictement interdite, à moins qu'elle ne soit intentée durant le délai prescrit dans la loi sur les assurances ou dans toute autre loi applicable.

12. Coordination des prestations

Les frais admissibles en vertu du contrat sont réduits de toute somme payable en vertu de tout autre régime gouvernemental ou privé, que vous en ayez fait la demande ou non.

Si le participant ou ses personnes à charge sont couverts en vertu de ce contrat et d'un ou plusieurs autres régimes de couverture de frais médicaux ou dentaires, les prestations liées aux réclamations présentées ne peuvent pas dépasser le total des frais remboursables.

Voici l'ordre de présentation des demandes de règlements si vous présentez des frais qui sont admissibles pour plusieurs régimes dont vous ou vos personnes à charge êtes participants. Régime de l'employeur ou l'organisation qui couvre la personne à titre de membre, d'employé ou de membre du personnel à temps plein :

- Régime de l'employeur ou l'organisation qui couvre la personne à titre de membre, d'employé ou de membre du personnel à temps partiel ou saisonnier;
- Régime de l'employeur qui couvre la personne à titre de retraité;

- Régime de l'employeur qui couvre la personne à titre de personne à charge admissible.

13. Demandes de règlements

Protection de Médicaments :

- La personne assurée doit présenter sa carte SécurIndemnité à la pharmacie afin d'obtenir ses médicaments. Les demandes de règlements sont traitées automatiquement par La Mutuelle Strategys. La personne assurée ne paie que la portion des frais qui n'est pas remboursées par La Mutuelle Strategys.

Autres protections de soins médicaux:

- Les demandes de règlements accompagnées des pièces justificatives doivent être transmises à SécurIndemnité.

Protection de Soins dentaire

- La personne assurée doit présenter sa carte SécurIndemnité au dentiste afin de lui permettre d'obtenir le remboursement de ses frais payables par La Mutuelle Strategys. Les demandes de règlements sont traitées automatiquement par La Mutuelle Strategys. La personne assurée ne paie que la portion des frais qui n'est pas remboursée par La Mutuelle Strategys;
- Si le dentiste n'accepte pas la carte, les demandes de règlements accompagnées des pièces justificatives doivent être transmises à SécurIndemnité.

14. Délai pour présenter les demandes de règlement

Les demandes de règlements et transmises ou présentées à La Mutuelle Strategys dans les 12 mois suivant la date à laquelle la dépense a été engagée. Cependant, advenant la résiliation du contrat, toutes les demandes de règlements doivent être transmises dans les 90 jours suivant la date de résiliation.

Toute demandes de règlements présentées par un participant dont le certificat n'est plus actif doit être transmise dans les 90 jours suivant la date de la terminaison de sa participation au présent contrat.

Aucune réclamation ne sera acquittée avant que La Mutuelle Strategys ne reçoive des preuves écrites satisfaisantes de la recevabilité de la demande du règlement en vertu des dispositions du présent contrat.

15. Droit de recouvrement

Si La Mutuelle Strategys vous a versé des prestations en trop ou des prestations pour lesquelles vous n'étiez pas éligible, La Mutuelle peut récupérer ces sommes à travers les moyens suivants

- Demande de remboursement;
- Déduction sur d'autres prestations;
- Récupération des sommes requises par tout autre moyen légal.

Si La Mutuelle Strategys vous envoie un avis de remboursement de prestations payées en trop, vous êtes tenu de rembourser les sommes dans les 30 jours suivant l'envoi de l'avis par La Mutuelle Strategys. Si vous ne respectez pas ce délai, La Mutuelle Strategys pourra suspendre toute prestation et entreprendre les démarches légales requises pour recouvrer ces sommes.

16. Médicaments et frais médicaux couverts par La Mutuelle Strategys

La Mutuelle Strategys s'engage à rembourser les frais raisonnables et coutumiers engagés au Canada, jusqu'à concurrence des limites indiquées dans le «Sommaire des Bénéfices».

Si un régime provincial, un régime ou un programme financé par le gouvernement ou un programme prévu par la loi réduit ou interrompt le paiement lié à tout service, à tout soin ou à toute fourniture auparavant couverte en entier ou en partie par ledit régime ou programme, le présent contrat n'assumera pas automatiquement les coûts des fournitures, des soins ou des services visés, mais se réserve le droit de déterminer, au moment du changement, si les dépenses sont considérées comme étant admissibles ou non.

Tous les montants maximaux indiqués dans cette disposition s'appliquent individuellement à chaque personne couverte.

17. Médicaments prescrits

Médicaments et fournitures de médicaments indiqués ci-dessous lorsqu'ils sont prescrits par une personne autorisée à les prescrire en vertu de la loi, délivrés par une personne autorisée à les délivrer en vertu de la loi, et qu'ils sont obtenus au Canada.

Les prestations visant des frais de médicaments et de fournitures de médicaments engagés à l'extérieur du Canada ne sont payables qu'aux

termes de la Garantie d'Assurance-Voyage.

- Médicaments nécessitant une ordonnance écrite conformément à la loi sur les aliments et drogues (Canada) ou à la législation en vigueur dans la province où ils sont délivrés, y compris les médicaments contraceptifs et les produits contenant un médicament contraceptif;
- Préparations injectables, y compris les vitamines, l'insuline et les extraits allergisants. Les seringues pour auto-injection sont également couvertes;
- Préparations ou composés extemporanés contenant, entre autres ingrédients, un médicament couvert;
- Certains médicaments ne nécessitant pas légalement une ordonnance peuvent être couverts. Si vous avez des questions, communiquez avec le gestionnaire de régime avant d'engager des frais.

18. Règles de remboursement

Le coût des médicaments (incluant les médicaments d'exception), les frais professionnels, la marge bénéficiaire ainsi que tout frais lié au paiement d'une ordonnance sont limités selon les conditions de remboursement du régime public d'assurance médicament du Québec géré par la Régie d'assurance maladie du Québec selon le principe du prix le plus bas (PPB). Un seul frais professionnel est admissible par transaction.;

Tout écart entre le prix de détail payé par un participant et le prix le plus bas (PPB) est à la charge du participant et n'est pas comptabilisé pour les fins du déboursé maximal annuel en vertu du Régime général d'assurance médicaments du Québec.

19. Médicaments et patients d'exception

Les médicaments d'exception faisant partie de la liste RAMQ doivent être préapprouvés et seront remboursés selon des critères cliniques spécifique dont l'usage est déterminé par les autorités gouvernementales compétentes. Ces médicaments doivent être préapprouvés par La Mutuelle Strategys afin d'être admissible.

Pour les personnes de 65 ans et plus couvertes par le Régime général d'assurance médicaments du Québec, seules la franchise et la quote-part du règlement proportionnel prévus aux termes du Régime public sont admissibles aux termes du présent contrat.

20. Frais et fournitures médicaux admissibles

La Mutuelle Strategys s'engage à rembourser le pourcentage des frais raisonnables et courants engagés au Canada indiqué dans le tableau sommaire des garanties, jusqu'à concurrence de la limite indiquée dans le tableau des garanties, dans la mesure où La Mutuelle Strategys aura déterminé que lesdites dépenses sont nécessaires du point de vue médical au traitement d'une maladie ou d'une blessure.

Le coût de location de tout appareil ou équipement médical ne doit pas excéder son prix d'achat. La décision de louer ou d'acheter est à la discrétion de La Mutuelle Strategys et repose sur l'estimation, par le médecin, de la période durant laquelle l'article sera nécessaire selon l'ordonnance initiale. Si un régime provincial, un régime ou un programme financé par le gouvernement ou un programme prévu par la loi réduit ou interrompt le paiement lié à tout service, à tous soins ou à toute fourniture auparavant couverte en entier ou en partie par ledit régime ou programme, la présente police n'assurera pas automatiquement les coûts des fournitures, des soins ou des services visés, mais se réserve le droit de déterminer, au moment du changement, si les dépenses sont considérées comme étant admissibles ou non.

Tous les montants maximaux indiqués dans cette disposition s'appliquent individuellement à chaque personne assurée.

Les fournitures offertes ne sont pas nécessairement limitées aux items suivants.

- Dispositifs d'injection d'insuline sans aiguille, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin;
- Aiguilles jetables s'utilisant avec un dispositif d'injection d'insuline non jetable, lancettes et bandelettes pour tests;
- CPAP ou APAP pour l'apnée du sommeil ;
- Glucomètre;
- Appareil (TENS);
- Pompes à insuline;
- Fauteuil roulant ordinaire ou électrique (si justifié) selon les maximums prévus par le contrat;

- Imagerie, radiodiagnostic et analyses de laboratoire, lorsqu'ils ne sont pas couverts par le régime de votre province ou selon les conditions applicables au Québec;
- Cure de désintoxication;
- Injections sclérosantes à des fins médicales;
- Examen de la vue;
- Cristallin artificiel à la suite d'une chirurgie de la cataracte.

Soins donnés hors du milieu hospitalier par un des professionnels de la santé suivants, à conditions qu'ils soient autorisés à pratiquer par une organisation professionnelle ou une association reconnue, dont ils sont membres:

- Acupuncteur;
- Audiologiste ;
- Chiropraticien ;
- Diététiste ;
- Ergothérapeute;
- Massothérapeute, kinésologue et orthothérapeute (Professionnels autorisés seulement);
- Naturopathe ;
- Orthophoniste ;
- Ostéopathe ;
- Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique;
- Podiatre et podologue;
- Psychologue et travailleur Social;
- Un montant de 50\$ est accordé pour les radiographies de chiropraticien;
- Perruque ou postiche à la suite d'une perte de cheveux causée par des traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie, ou pour l'alopecie;
- Prothèse mammaire par suite d'une mastectomie;
- Bas de contention (facteur plus élevé que 20 MM/HG);
- Fournitures pour stomie et iléostomie.

Si un médecin ou un podiatre le recommande:

- Chaussures orthopédiques de fabrication industrielle (coût limité);
- Orthèses moulées sur mesure .

- ◆ Chaussures faites sur mesure:
 - Fabriquées par un spécialiste en chaussures orthopédiques agréé; et
 - Requises en raison d'une anomalie médicale pour laquelle, selon les preuves médicales, les chaussures orthopédiques de fabrication industrielle ne conviennent pas.
- ◆ Installation, réparation et entretien d'appareils auditifs, y compris les frais liés aux piles;
- ◆ Prothèses et yeux artificiels.

21. Hospitalisation

La différence entre le montant accordé par le régime public d'assurance maladie de la personne assurée pour une place en salle commune et le coût d'une chambre à deux lits (ou une chambre à un lit, si le médecin traitant le recommande), pourvu que la personne assurée séjourne à l'hôpital à titre de patient hospitalisé.

Dépenses non couvertes

- ◆ Les frais liés à toute partie du coût d'une hospitalisation en salle commune, les frais d'utilisation, de copaiement et autres frais semblables.

22. Ambulance terrestre

Le transport terrestre par service d'ambulance autorisé à l'hôpital ou à l'établissement de soins de santé le plus près apte à prodiguer les soins médicaux requis et le transport entre hôpitaux lorsque celui-ci est requis par le médecin traitant.

23. Ambulance aérienne

Le coût du transport par service d'ambulance aérienne autorisé au Canada, à l'établissement de soins de santé le plus près apte à prodiguer les soins médicaux requis.

24. Accident dentaire

Pourvu qu'ils soient administrés par un dentiste ou un chirurgien stomatologiste autorisé reconnu par la loi, les soins d'urgence nécessaires à la réparation ou au remplacement de dents naturelles saines ou de dents artificielles permanentes endommagées par suite d'un coup accidentel reçu au visage.

Les soins doivent commencer dans les 30 jours suivant la date de l'accident et être complétés au plus tard 12 mois après le début des soins.

Tous les paiements seront déterminés selon le barème des frais de l'association dentaire de la province où les dépenses auront été engagées ou de la province de résidence de l'assuré en l'absence d'un barème des frais à l'endroit où les dépenses auront été engagées

25. Soins infirmiers privés

Les dépenses engagées pour retenir les services professionnels d'une infirmière privée diplômée, d'une infirmière auxiliaire privée diplômée ou d'une personne détenant une désignation équivalente (autre qu'un membre de la famille immédiate) hors d'un hôpital, d'une maison de soins ou de toute autre institution semblable, moyennant une ordonnance écrite à cet égard de la part du médecin traitant.

Dépenses non couvertes

- ◆ Les services de garde, d'entretien ménager ou de surveillance; et
- ◆ Les services d'une infirmière praticienne qui est membre de la famille immédiate ou qui habite avec le patient; et
- ◆ Les services rendus pendant que le patient est hospitalisé ou séjourne dans une maison de soins ou toute autre institution semblable; et
- ◆ Les services pouvant être exécutés par une personne moins qualifiée, un parent, un ami ou un membre de la maisonnée du patient.

26. Soins en maison de convalescence

Les frais excédant la somme couverte par le régime public d'assurance maladie de la personne assurée pour la chambre et la pension dans un établissement autorisé prodiguant des soins à des patients en phase post-aiguë si la personne assurée est admise dans les 14 jours suivant son congé d'un hôpital où elle a été hospitalisée pour recevoir des soins.

Dépenses non couvertes

- ◆ Les frais de séjour dans toute maison de soins, dans tout établissement de soins palliatifs, dans toute maison de repos ou dans tout centre de traitement des toxicomanies.

27. Soins de convalescence à domicile

Les frais engagés pour les soins à domicile après l'hospitalisation et principalement liés à la garde, à l'entretien ménager ou à la surveillance de la personne.

Dépenses non couvertes

- Les services rendus pendant que le patient est hospitalisé ou séjourne dans une maison de soins ou toute autre institution semblable; et
- Les services pouvant être exécutés par une personne moins qualifiée, un parent, un ami ou un membre de la maisonnée du patient.

28. Accessoires aidant à la mobilité

Les frais engagés pour le coût de la location ou de l'achat des accessoires suivants, pourvu qu'ils aient été prescrits par un médecin et fournis ou vendus par un établissement ou un marchand offrant de tels appareils :

- Cannes, béquilles, plâtres et déambulateurs;
- Fauteuil roulant manuel;
- Fauteuil roulant électrique ou triporteur électrique au lieu d'un fauteuil roulant dans les situations où le patient est incapable, en raison de son invalidité, à se déplacer en fauteuil roulant.

29. Équipement médical durable

Les frais engagés pour le coût de la location ou de l'achat des accessoires suivants, pourvu qu'ils aient été prescrits par un médecin et fournis ou vendus par un établissement ou un marchand offrant de tels appareils :

- Lit d'hôpital manuel et accessoires requis;
- Lève-personne mécanique ou hydraulique;
- Moniteurs médicaux, y compris les moniteurs cardiaques, les glucomètres et les dispositifs de surveillance cardiaque ;
- Machines et appareils respiratoires, y compris les respirateurs, les compresseurs, les pompes d'aspiration, les bouteilles d'oxygène, les masques, les régulateurs, les nébuliseurs et les machines de ventilation spontanée en pression positive continue;
- Pompes à infusion d'insuline pour les diabétiques lorsque les méthodes de base ne sont pas praticables ;
- Pompes de drainage thoracique ;
- Système biostéogènes et systèmes de guidage de la croissance lorsqu'un chirurgien orthopédiste le recommande;
- Neurostimulateur électrique transcutané (TENS) prescrit pour la douleur aiguë ou chronique;

- Stimulateur de muscles électrique transcutané (TEM) prescrit pour améliorer le tonus musculaire perdu en raison d'une maladie;
- Rampes extérieures pour fauteuils roulants.

30. Dispositifs prothétiques

Les prothèses externes et les appareils prothétiques qui remplacent en totalité ou en partie un organe ou une partie du corps (y compris le tissu contigu) ou qui remplacent en totalité ou en partie les fonctions d'un organe du corps qui fonctionne mal ou qui fait défaut. Pour être couvert par cette garantie, l'avis écrit du médecin traitant doit inclure une description de l'équipement requis et de la raison de son utilisation ou du diagnostic.

Les prothèses externes et les appareils prothétiques suivants sont admissibles à une indemnité :

- Jambe, bras ou œil artificiel, lentilles prothétiques (pour les personnes sans verre organique ou à la suite d'une chirurgie de cataracte);
- Prothèse au-dessus ou en dessous du genou ou du coude;
- Appareil de soutien rigide ou semi-rigide (appareils orthopédiques pour les jambes, les bras, le cou ou le dos), attelles, bandages herniaires et appareils essentiels à l'utilisation efficace d'un membre artificiel ou d'un appareil correctif;
- Prothèses mammaires externes requises à la suite d'une intervention chirurgicale.

Dépenses non couvertes

- Appareils dentaires ;
- Lunettes.

31. Autres fournitures médicales

- Perruque ou postiche à la suite d'une perte de cheveux causés par des traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie, l'alopecie, l'hypothyroïdisme, une brûlure traumatique ou une infection fongique du cuir chevelu;
- Soutien-gorge post-chirurgie;
- Bas post-chirurgie;
- Fournitures pour stomie et iléostomie;
- Oxygène prescrit par un médecin.

Si un médecin ou un podiatre le recommande :

- Chaussures orthopédiques de fabrication industrielle;
- Orthèses moulées sur mesure;
- Chaussures faites sur mesure :
 - Fabriquées par un spécialiste en chaussures orthopédiques agréé; et
 - Requises en raison d'une anomalie médicale pour laquelle, selon les preuves médicales, les chaussures orthopédiques de fabrication industrielle ne conviennent pas.
- Installation, réparation et entretien d'un appareil auditif ou d'appareils.

Dépenses non couvertes

- L'équipement luxueux, comme les lits et les fauteuils roulants motorisés, sauf lorsque ces fonctions luxueuses sont nécessaires au traitement de l'affection du patient et requises pour que le patient puisse se servir dudit équipement sans aide ;
- Les accessoires de nature non essentiellement médicale ou destinés au confort et à la commodité (planche de lit, table installable au-dessus du lit, dispositif de réglage de lit, accoudoir de téléphone, climatiseur, etc.);
- Les appareils de médecin (pompe à infusion, sphygmomanomètre, stéthoscope, etc.);
- Les fournitures jetables (sacs et gaines jetables, bas élastiques, etc.);
- Les équipements d'exercice et d'hygiène (vélo stationnaire, bidet, siège de toilette, siège de baignoire, etc.);
- Les dispositifs d'aide technique de nature non essentiellement médicale (ascenseur, sauna, etc.) ;
- Les accessoires de soutien de la voûte plantaire, y compris les orthèses podologiques sans ordonnance;
- Les perruques ou les postiches nécessaires en raison de la calvitie dite luminaris, de la calvitie commune masculine et des formes d'alopecie dites prematura, senilis et totalis.

NB : jusqu'à concurrence des maximums et limitations dans le sommaire des garanties

32. Exclusions de médicaments et d'avantages de santé supplémentaires

Aucune indemnité ne sera versée pour les dépenses directement ou indirectement liées à ce qui suit:

- Une maladie ou à une blessure pour laquelle des indemnités sont versables en vertu de tout régime gouvernemental ou de tout programme prévu par la loi, ainsi qu'à toute maladie ou blessure découlant d'une activité professionnelle pour laquelle la personne est couverte ou admissible en vertu d'un régime d'indemnisation des accidentés du travail;
- Une maladie ou à une blessure auto-infligée, que la personne soit saine d'esprit ou non ;
- Une guerre, à une insurrection, à l'action hostile de toute force armée ou à toute participation à une émeute ou à des troubles civils;
- La perpétration ou à une tentative de perpétration d'un assaut ou d'un délit criminel;
- Les blessures subies alors que la personne assurée conduisait un véhicule à moteur sous l'influence d'une substance intoxicante ou si son sang renfermait plus de 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang au moment de la blessure ;
- Les frais d'examen médicaux périodiques, de rendez-vous annulés, d'examen externes, de voyages pour des raisons de santé et de formulaires de réclamation à faire remplir;
- Les frais liés aux fournitures ou aux services :
 - Si aucun coût n'avait été perçu en l'absence d'une assurance;
 - Qui auraient été remboursables en vertu d'un régime public en l'absence d'une assurance;
 - Obtenues auprès d'un service médical ou dentaire opéré par un employeur, une association ou une organisation syndicale;

- Si aucun coût n'avait été perçu en l'absence d'une assurance;
 - Qui auraient été remboursables en vertu d'un régime public en l'absence d'une assurance;
 - Obtenues auprès d'un service médical ou dentaire opéré par un employeur, une association ou une organisation syndicale;
 - Qui sont requises à des fins sportives ou récréatives, mais qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical pour les activités habituelles;
 - Qui auraient été remboursables par un régime provincial si une demande en bonne et due forme avait été faite;
 - Qui sont exécutées ou fournies par la personne assurée, un membre de la famille immédiate ou une personne vivant avec la personne assurée.
- Les soins médicaux ou chirurgicaux d'ordre cosmétique;
 - Les soins médicaux qui sont non nécessaires du point de vue médical, ou qui sont de nature expérimentale à des fins d'investigation ;
 - Les coûts qui ne constituent pas des frais raisonnables et courants;
 - les tests d'allergie ou à l'immunothérapie;
 - Les articles de confort personnel, à des articles achetés à des fins sportives, à des humidificateurs et purificateurs d'air, à des services infirmiers autres que ceux qui sont stipulés plus haut, à des services de guérisseurs spirituels ou religieux, à l'ergothérapie, à des services et à des fournitures de nature cosmétique, à l'hébergement en salle commune et à des cures de repos;
 - Les formulaires à faire remplir ou à des rapports à faire rédiger, aux frais de communication, aux frais de livraison, de poste ou de manutention, à des frais d'intérêts ou de retard de paiement, à des frais d'immobilisation ou des frais non partageables perçus par les hôpitaux locaux;
 - Les frais perçus pour les services professionnels de médecins ou de toute personne rendant un service de santé professionnel dans la province de résidence du patient, sauf ceux qui sont expressément indiqués ci-dessus;
- Les dépenses engagées hors de la province en lien avec des traitements électifs ou diagnostiques ou avec des complications découlant de tels traitements;
 - les dépenses d'une personne à charge hospitalisée au moment de l'adhésion;
 - Les frais se rapportant à des services rendus par toute personne ayant un lien de parenté avec vous ou vos personnes à charge ou résidant avec vous ou vos personnes à charge;
 - Les attelles intra-buccales ne sont pas couvertes. Les stimulateurs électrospinaux externes pour le traitement de la scoliose, simulateurs de consolidation de fracture, appareils de verticalisation et les appareils dentaires ne sont pas couverts ;
 - Tout autre article non expressément indiqué dans la présente police, à moins que la dépense liée à l'article ait été expressément autorisée par La Mutuelle Strategys et Strategys administrateur en avantages sociaux par écrit avant.



SOINS COMPLÉMENTAIRES

Les frais complémentaires suivants sont couverts :

- Remèdes légers administrés dans le cas d'une urgence pour soulager la douleur ;
- Injections thérapeutiques ;
- Anesthésie nécessaire à la prestation de soins couverts;
- L'équipement et le matériel nécessaires à une anesthésie générale ne sont couverts que lorsque le dentiste fait appel à un anesthésiste.

Restrictions : L'hypnose et l'acupuncture ne font pas partie des soins couverts.

1. Évaluation

Lorsque le coût global estimatif d'une série proposée de soins dentaires pour une personne couverte dépasse 500 \$, il est conseillé à l'adhérent de présenter un plan de traitement détaillé à l'administrateur avant le commencement de ce traitement. Le plan de traitement présenté doit être mis à exécution par le dentiste qui l'a d'abord élaboré, sinon l'adhérent devra présenter un nouveau plan de traitement à l'administrateur en vue d'une nouvelle évaluation.

2. Exclusions et restrictions applicables à la protection soins dentaires

Aucune indemnité n'est versable pour les dépenses qui concernent directement ou indirectement :

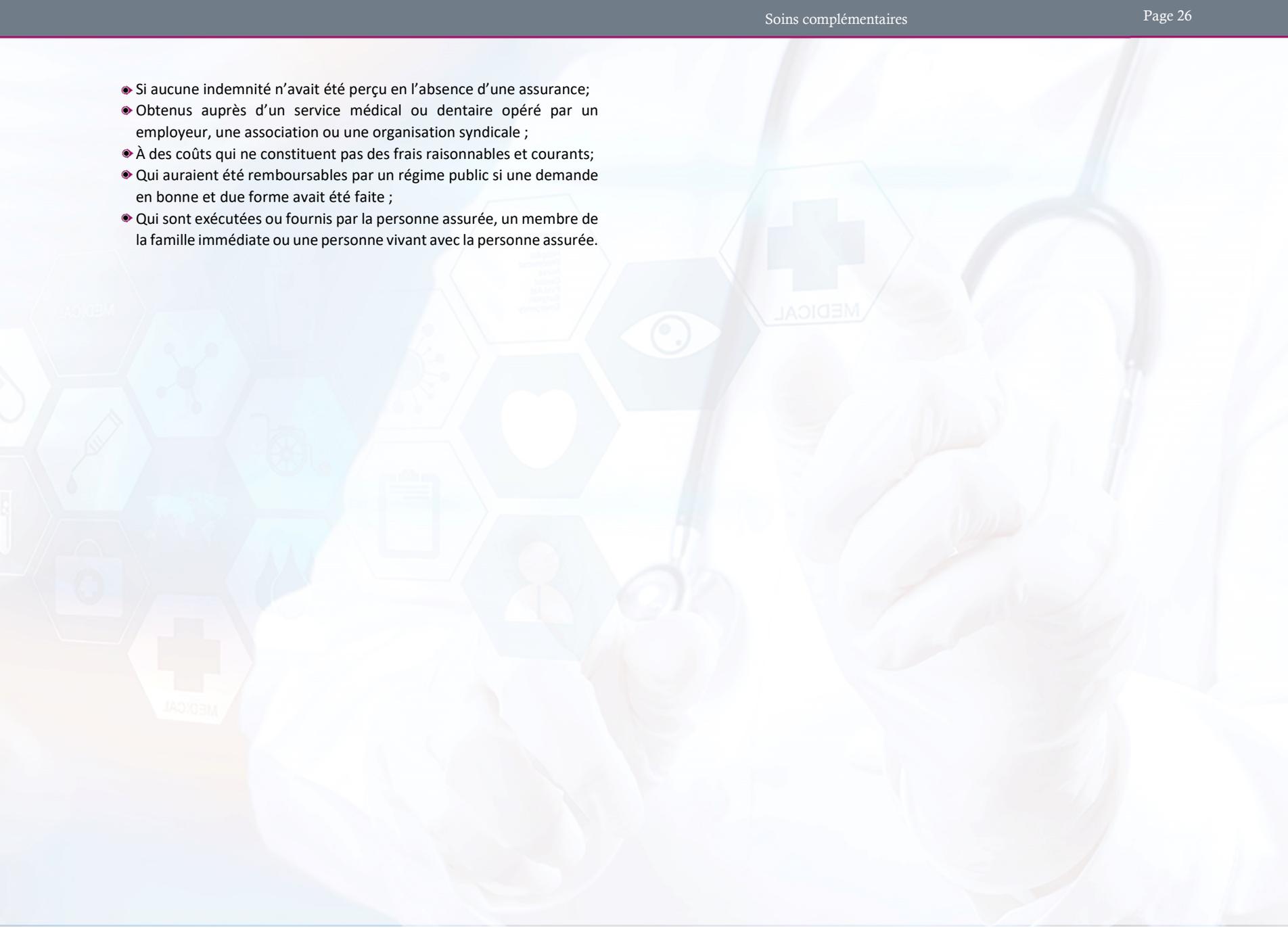
- Les soins dentaires reçus à des fins esthétiques lorsque la forme et la fonction des dents sont satisfaisantes et qu'aucun état pathologique n'existe ;
- Les frais engagés relativement à l'analyse de la diète et aux recommandations, à l'hygiène buccale et au programme de contrôle de la plaque dentaire ;
- Les frais engagés pour des soins et des fournitures dentaires, y compris les radiographies, visant la reconstruction de la bouche entière, la correction de l'espace vertical, la restauration de l'occlusion ou la correction du dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire, ou pour un jumelage permanent des dents ;
- Les frais imposés par un dentiste pour les rendez-vous auxquels la personne couverte néglige de se présenter et les frais engagés pour faire remplir des demandes de remboursement ou pour les consultations par téléphone ;
- Les frais engagés pour des cultures/frottis bactériologiques suivis d'un traitement par Chlorzoïn;

- Les frais engagés pour des implants ;
- Les frais engagés pour des duplicatas de modèles de diagnostic (non montés) ;
- Les frais engagés pour des anesthésies par acupuncture ;
- Les soins dentaires qui ne sont pas encore approuvés par l'Association dentaire canadienne ou qui sont dispensés à des fins expérimentales seulement ;
- Les traitements reçus en dehors du Canada ;
- Les services et fournitures dentaires non inclus dans la liste des frais admissibles ;
- Les frais relatifs au remplacement de prothèses et d'appareils perdus, égarés ou volés ;
- Les prothèses avec des attaches de précision ou des rupteurs de force;
- Les attaches de précision et les couronnes télescopiques pour les ponts fixes;
- Les couronnes préfabriquées en acier inoxydable ou polycarbonate, sauf dans le cas des dents primaires ;
- Les chapes de transfert pour une couronne.

Aucune indemnité n'est versable pour les dépenses directement ou indirectement liées:

- À une maladie ou à une blessure pour laquelle des indemnités sont versables en vertu de tout régime gouvernemental ou de tout programme prévu par toute loi applicable, ainsi qu'à toute maladie ou blessure découlant d'une activité professionnelle pour laquelle la personne est couverte ou admissible en vertu d'un régime d'indemnisation des accidentés du travail ;
- À une maladie ou à une blessure auto-infligée, que la personne soit saine d'esprit ou non ;
- À une guerre, à une insurrection, à l'action hostile de toute force armée ou à toute participation à une émeute ou à des troubles civils ;
- À la perpétration ou à une tentative de perpétration d'un assaut ou d'un délit criminel;

- Si aucune indemnité n'avait été perçue en l'absence d'une assurance;
- Obtenus auprès d'un service médical ou dentaire opéré par un employeur, une association ou une organisation syndicale ;
- À des coûts qui ne constituent pas des frais raisonnables et courants;
- Qui auraient été remboursables par un régime public si une demande en bonne et due forme avait été faite ;
- Qui sont exécutées ou fournies par la personne assurée, un membre de la famille immédiate ou une personne vivant avec la personne assurée.





RSA



ASSURANCE
VOYAGE

Couverture individuelle : Admissibilité, date d'effet et cessation de l'assurance

Couverture du participant

Pour avoir droit à l'assurance en vertu du contrat à titre de participant, la personne assurée doit remplir les critères d'admissibilité suivants :

- Être couvert par le régime public d'assurance maladie de sa province ou territoire de résidence ; et
- Être couvert par le régime d'assurance maladie complémentaire de base du titulaire du contrat ; et
- Être moins âgé que l'âge à l'expiration indiqué dans la Proposition cadre ; et
- Avoir son lieu de travail au Canada ; et
- Avoir sa résidence permanente au Canada ; et
- Si le participant est couvert à titre d'employé du titulaire du contrat, la personne assurée doit également :
 - Travailler le nombre minimal d'heures par semaine indiqué dans la Proposition cadre ; et
 - Avoir satisfait à la période d'admissibilité indiquée dans la Proposition cadre ; ou
- Si la personne assurée est couverte à titre de membre du titulaire du contrat, lequel est autre qu'un employeur, la personne assurée doit également:
 - Être un membre en règle du titulaire du contrat ; et
 - Le nom de la personne assurée doit figurer dans la liste des membres admissibles à l'assurance que le proposant fournit chaque mois à l'Assureur.

La couverture du participant prend effet à la dernière des dates suivantes :

- La date à laquelle le contrat prend effet ; ou
- La date à laquelle la couverture de la personne assurée prend effet en vertu du régime d'assurance maladie complémentaire de base du titulaire du contrat.

La date de prise d'effet de la couverture des employés invalides ou des employés qui ne sont pas activement au travail à la date à laquelle leur couverture prendrait normalement effet, est la date à laquelle ces employés reprennent activement le travail.

La couverture du participant prend fin immédiatement à la première des dates suivantes :

- La date à laquelle la personne assurée ne remplit plus les critères d'admissibilité énoncés ci-dessus pour ce qui est de la couverture du participant ; ou
- La date d'échéance de la prime, dans le cas où le titulaire du contrat omet de verser la prime de la personne assurée à l'Assureur, à moins d'erreur d'écriture ; ou
- La date à laquelle le contrat est résilié.

Couverture de personnes à charge

Pour avoir droit à l'assurance en vertu du contrat à titre de personne à charge, la personne assurée doit remplir les critères d'admissibilité suivants :

- Être couvert par le régime public d'assurance maladie de sa province ou territoire de résidence ; et
- Être couvert à titre de personne à charge par le régime d'assurance maladie complémentaire de base du titulaire du contrat ; et
- Être une personne à charge au sens du contrat.

La couverture de la personne à charge, le cas échéant, prend effet à la dernière des dates suivantes :

- La date à laquelle le contrat prend effet ; ou
- La date à laquelle sa couverture prend effet en vertu du régime d'assurance maladie complémentaire de base du titulaire du contrat, mais en aucun cas avant la date de prise d'effet de l'assurance du participant.

La couverture de la personne à charge prend fin immédiatement à la première des dates suivantes :

- La date à laquelle la personne à charge ne remplit plus les critères d'admissibilité énoncés ci-dessus pour ce qui est de la couverture de personnes à charge ; ou
- la date à laquelle la couverture du participant prend fin, sauf si la cessation de l'assurance survient en raison du décès du participant, auquel cas la couverture de la personne assurée est maintenue en vigueur jusqu'à la première des éventualités suivantes : l'expiration d'une période de deux ans ; la date où la personne assurée cesse d'être considéré comme une personne à charge au sens du contrat ; la personne assurée atteint l'âge à l'expiration indiqué dans la Proposition cadre ; la personne assurée se remarie ou décède, à condition toutefois que le titulaire du contrat continue d'effectuer les versements de prime exigibles ; ou
- La date à laquelle le contrat est résilié.

Garanties

Le contrat couvre les frais :

- ◆ Engagés à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de la personne assurée ;
- ◆ Nécessaires du point de vue médical ;
- ◆ Raisonables et courants ;
- ◆ Engagés en raison d'une situation d'urgence causée par une maladie et (ou) une blessure soudaine et imprévisible survenant au cours de la période de couverture;
- ◆ En excédent de ceux qui sont assurés par le régime public d'assurance maladie ou par une autre assurance au titre de laquelle la personne assurée pourrait être couverte ; et
- ◆ Légalement assurables sous réserve du maximum global par personne assurée indiqué dans la Proposition cadre.

En cas d'urgence, les garanties ci-après sont payables au titre du présent contrat ; cependant, certains frais indiqués ci-dessous ne le sont que sur approbation préalable de Global Excel.

Hospitalisation : le coût d'une chambre et pension, jusqu'à concurrence du tarif fixé par l'hôpital pour une chambre à deux lits. Si nécessaire du point de vue médical, est également couvert le coût des soins administrés dans une unité de soins intensifs ou dans une unité de soins coronariens. Si la couverture prend fin pour quelque raison que ce soit durant un séjour à l'hôpital, l'assurance se prolonge jusqu'au congé de l'hôpital, et ce, pendant un an au maximum. Les frais d'hospitalisation sont couverts pendant une période maximale de 365 jours par personne assurée.

Honoraires de médecin : les honoraires versés à un médecin pour soins reçus. Services diagnostiques : les radiographies et les tests de laboratoire recommandés par le médecin traitant en raison de la situation d'urgence. Le contrat ne couvre pas le recours à l'imagerie par résonance magnétique (IRM), le cathétérisme cardiaque, la tomographie axiale informatisée (scanographie), les sonogrammes, les échographies et les biopsies, sauf si Global Excel y a consenti au préalable.

Soins paramédicaux : les soins (radiographies comprises) dispensés par un chiropraticien, un physiothérapeute, un podiatre ou un ostéopraticien détenant un permis d'exercice, pour chacune des professions énumérées ci-dessus. Ces soins doivent être approuvés au préalable par Global Excel.

Ordonnances : les médicaments, sérums et solutions injectables ne pouvant être obtenus que sur ordonnance d'un médecin, fournis par un pharmacien diplômé et nécessaires du point de vue médical pour traiter une urgence, sauf si la personne assurée en a besoin pour stabiliser une maladie chronique ou un problème de santé qu'elle avait avant son voyage. Est couverte, une provision pour un maximum de 30 jours par ordonnance, sauf si la personne assurée est hospitalisée.

Services d'ambulance : les frais raisonnables et nécessaires du point de vue médical pour le transport terrestre par service d'ambulance autorisé jusqu'à l'établissement de santé le plus proche.

Appareils médicaux : les appareils médicaux légers approuvés au préalable par Global Excel, tels que béquilles, plâtres, attelles, cannes, écharpes, bandages herniaires, appareils orthopédiques, déambulateurs et (ou) la location temporaire d'un fauteuil roulant. Ces appareils doivent être prescrits par le médecin traitant, avoir été obtenus à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de la personne assurée et être nécessaires du point de vue médical.

Soins infirmiers privés : un maximum de 5 000 \$ par personne assurée pour les services professionnels d'un infirmier privé diplômé, lorsque nécessaires du point de vue médical alors que la personne assurée est hospitalisée. Ces soins doivent être approuvés au préalable par Global Excel.

Transport aérien d'urgence : à condition que Global Excel ait approuvé et pris au préalable les dispositions à cet égard

- ◆ Ambulance aérienne jusqu'à l'établissement de santé le plus proche ou jusqu'à un hôpital canadien pour y recevoir des soins d'urgence ;
- ◆ Transport avec accompagnateur (si nécessaire) sur une ligne aérienne autorisée, si la personne assurée doit revenir dans sa province ou son territoire de résidence pour y recevoir des soins d'urgence.

Visite d'un membre de la famille : sous réserve de l'approbation préalable de Global Excel, un billet d'avion aller- retour en classe économique à partir du Canada plus un maximum de 150 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 3 000 \$, pour le coût des repas et d'hébergement dans un établissement commercial d'une des personnes suivantes : conjoint, père, mère, enfant, frère, sœur ou associé en affaires :

- Afin de se rendre au chevet de la personne assurée qui voyage seule et qui est hospitalisée d'urgence. Pour être indemnisée au titre de cette garantie, la personne assurée doit être hospitalisée pendant au moins trois jours consécutifs à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence. Le médecin traitant doit également certifier par écrit que la gravité de la situation justifie la visite ; où
- Lorsque nécessaire, afin d'identifier le corps de la personne assurée avant de le remettre à la famille. L'Assureur ne rembourse que les frais assurés attestés par des reçus originaux.

Retour du compagnon de voyage : si en vertu des garanties Transport aérien d'urgence ou Rapatriement du défunt, la personne assurée est ramenée dans sa province ou son territoire de résidence, sous réserve de l'approbation préalable de Global Excel, l'Assureur rembourse le coût d'un aller simple par avion en classe économique pour le retour d'un compagnon de voyage au Canada.

Soins dentaires en cas d'accident : jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par personne assurée pour des soins dentaires d'urgence visant à réparer des dents naturelles et saines ou une prothèse dentaire permanente, à condition que le traitement soit nécessaire en raison d'un coup accidentel, d'origine externe, reçu à la bouche ou au visage. La personne assurée doit consulter un médecin ou un dentiste immédiatement après avoir subi la blessure. Le traitement doit débuter pendant la période de couverture et se terminer avant le retour dans sa province ou son territoire de résidence. À des fins de règlement, un médecin ou un dentiste doit fournir un rapport d'accident.

Repas et hébergement : les repas et frais d'hébergement du participant et (ou) de toute personne à sa charge dans un établissement commercial, à raison de 150 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ par voyage, par personne assurée, lorsque leur voyage est prolongé au-delà du dernier jour du voyage prévu en raison d'une maladie contractée et (ou) d'une blessure subie par la personne assurée. Cette garantie doit être soumise à l'approbation préalable de Global Excel.

L'incapacité pour la personne assurée de voyager doit être attestée par le médecin traitant. La personne assurée doit également produire les reçus originaux des établissements commerciaux ayant fourni ces services.

Retour du véhicule : une couverture maximale de 5 000 \$ est prévue lorsque, en raison d'une maladie et (ou) d'une blessure, ni la personne assurée ni une personne voyageant avec elle n'est capable de conduire le véhicule de la personne assurée ou un véhicule de location pendant le voyage. Des dispositions sont prises pour que le véhicule soit ramené au domicile de la personne assurée dans sa province ou son territoire de résidence, ou jusqu'à l'agence de location la plus proche, et les frais à cet égard sont payés. Ne sont couvertes que les dépenses d'une seule personne pour ramener le véhicule. Les dispositions à cet égard doivent être prises et (ou) approuvées à l'avance par Global Excel. Cette garantie ne couvre pas la perte de salaire subie par le conducteur du véhicule. L'Assureur ne rembourse que les frais assurés attestés par des reçus originaux.

Rapatriement du défunt : jusqu'à concurrence du maximum indiqué à la partie Garanties de la Proposition cadre, pour les frais de préparation et de transport de la personne assurée décédée, jusqu'à sa province ou son territoire de résidence, lorsqu'une maladie et (ou) une blessure a occasionné le décès. Lorsqu'il y a incinération et (ou) inhumation au lieu du décès de la personne assurée, cette garantie se limite à 2 500 \$. Cette garantie ne couvre pas le coût du cercueil ni de l'urne.

Frais accessoires : un maximum de 250 \$ par voyage pour les menues dépenses de la personne assurée tels les frais de téléphone, de location d'un téléviseur ou de stationnement pendant qu'elle est hospitalisée à la suite d'une urgence et parce qu'elle doit effectuer ces dépenses comme conséquence directe de son hospitalisation. L'Assureur ne rembourse que les frais assurés attestés par des reçus originaux.

Annulation de voyage, interruption de voyage et assurance bagage

Au moment d'achat de dispositions de voyage de la personne assurée, la personne assurée ne doit pas être au courant d'aucun fait, circonstance, événement, activité ou problème de santé touchant la personne assurée ou touchant un membre de sa famille immédiate, un compagnon de voyage, un membre de la famille immédiate de son compagnon de voyage, un associé d'affaires, un employé clé, un gardien, ou un hôte à destination, qui pourrait ultérieurement empêcher la personne assurée d'entreprendre le voyage assuré et/ou de le terminer comme prévu.

La personne assurée doit déclarer immédiatement l'annulation, l'interruption ou le bagage perdu de son voyage assuré ; voir Demandes de règlement, pour les instructions.

Annulation de voyage : la couverture inclut le coût pour l'annulation de voyage, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée et par voyage, en raison de l'une ou l'autre des situations décrites ci-dessous qui empêcherait une personne assurée d'entreprendre un voyage prévu. Pour être remboursables, les dispositions de voyage payées d'avance doivent être annulées avant la date de départ prévue. Uniquement les dépenses non remboursables à la date de l'événement ayant forcé l'annulation seront considérées dans le cadre de la demande de règlement.

- Une maladie, une blessure, un décès ou une mise en quarantaine d'une personne assurée, d'un compagnon de voyage, d'un membre de la famille immédiate de la personne assurée ou de celle d'un compagnon de voyage ou d'un gardien.
- Une maladie, une blessure, un décès ou une mise en quarantaine d'un associé d'affaires ou d'un employé clé au cours des 10 jours précédant la date prévue du départ de la personne assurée.
- Le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte de la personne assurée à destination.
- Un avertissement de voyage officiel émis par les Affaires étrangères, Commerce et Développement du gouvernement canadien, après l'achat du voyage de la personne assurée et avant le départ de la personne assurée, avisant les Canadiens de ne pas voyager dans un pays, une région ou une ville qui fait partie du voyage de la personne assurée.
- La personne assurée est convoquée comme juré ou assignée soudainement et imprévisiblement comme témoin dans une affaire. Ce risque s'applique uniquement à une affaire devant être entendue durant les dates prévues du voyage de la personne assurée et si l'assignation ou la convocation est reçue après que les dispositions de voyage soient achetées. La personne assurée doit alors présenter les documents de la Cour indiquant la date à laquelle la personne assurée doit comparaître.

La personne assurée doit informer Global Excel et son fournisseur de services de voyage de l'annulation du voyage le jour même où survient l'empêchement ou le jour ouvrable suivant. Le fait de ne pas aviser Global Excel limite les garanties.

Interruption de voyage : si, après le départ et durant un voyage assuré, la personne assurée doit interrompre, discontinuer ou prolonger son voyage en raison :

- D'une blessure, d'une maladie ou d'un décès touchant la personne assurée;
- D'une blessure, d'une maladie ou d'un décès touchant un membre de la famille immédiate de la personne assurée qui se trouve ou qui ne se trouve pas à son voyage;
- Le décès de la personne pour qui la personne assurée est l'exécuteur testamentaire La personne assurée sera remboursée pour :
 - Le coût proportionnel non remboursable de la partie restante du voyage, moins le coût du transport prépayé et inutilisé pour le retour au point de départ, qu'une personne assurée était incapable de compléter en raison d'un retour avancé ; plus
 - Le coût d'un aller simple pour un type de transport similaire, par le trajet le plus direct, pour permettre à la personne assurée soit de:
 - Réintégrer le voyage ; où
 - Retourner au point de départ.

La somme maximale payable pour chaque voyage interrompu, discontinué ou prolongé est de 2 000 \$ par personne assurée.

Assurance bagages : Le coût de remplacement des bagages d'une personne assurée jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par personne assurée par voyage en cas de vol, dommages ou perte par un autobus, taxi, train, bateau, avion ou autre transporteur public. Le remboursement se limite à la valeur réelle de tout article ou ensemble d'articles ou le montant maximum spécifié, si ce dernier est inférieur.

Exclusions

Le contrat ne couvre pas les pertes ni les frais occasionnés en tout ou en partie, directement ou indirectement, par ce qui suit :

- Les soins ou services normalement couverts ou remboursables en vertu d'un régime public d'assurance maladie ou d'une autre assurance que la personne assurée pourrait détenir.
- Toute affection présente avant le départ, sauf si cet état de santé préexistant était stable immédiatement avant le départ, conformément à la période de stabilité de l'état de santé préexistant stipulée dans la Proposition cadre.
- Tout voyage pour lequel des réservations ont été faites ou que l'on entreprend malgré l'avis du médecin ou après avoir reçu un diagnostic de maladie en phase terminale.

- Tout problème de santé pour lequel, avant le départ, il est raisonnable de supposer, selon des preuves médicales, que des soins médicaux ou une hospitalisation pourraient être requis au cours du voyage.
- Un traitement, une intervention chirurgicale, des services, des fournitures ou des médicaments qui ne sont pas nécessaires au soulagement immédiat de douleurs ou de souffrances aiguës ou que la personne assurée décide de se procurer à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence mais que, selon des preuves médicales elle pourrait se procurer dans sa province ou son territoire de résidence à son retour. Le fait de devoir attendre pour recevoir un tel traitement dans sa province ou son territoire de résidence n'influe aucunement sur ce qui précède.
- Une intervention chirurgicale ou un traitement subi au cours d'un voyage, si ce voyage a été entrepris en vue d'obtenir des services médicaux ou hospitaliers, que ce voyage ait été recommandé par un médecin ou non.
- Le cathétérisme cardiaque, l'angioplastie et (ou) la chirurgie cardiovasculaire, de même que les épreuves diagnostiques et les frais afférents, à moins que Global Excel y ait consenti à l'avance. Cependant, une exception est faite dans le cas de situations extrêmes, lorsque l'intervention chirurgicale est pratiquée d'urgence, dès l'admission du patient à l'hôpital.
- L'imagerie par résonance magnétique (IRM), la tomographie axiale informatisée (scanographie), les sonogrammes ou échographies et les biopsies, sauf si Global Excel y a consenti au préalable.
- Toute période d'hospitalisation ou les services obtenus relativement à des examens médicaux périodiques, le traitement d'un problème de santé persistant, les soins courants dans le cas d'une maladie chronique, les soins à domicile, les tests approfondis, la réadaptation ou les soins ou traitements courants liés à la consommation de stupéfiants ou d'alcool ou à l'abus de toute autre substance, le refus de se conformer à toute thérapie ou à tout traitement médical prescrit, de même que le traitement d'une maladie aiguë et/ou d'une blessure après que la situation d'urgence initiale a pris fin (tel qu'indiqué par Global Excel).
- Des troubles émotifs, psychologiques ou mentaux ou une maladie, une affection ou un symptôme du même ordre, sauf s'ils entraînent une hospitalisation et que les dossiers d'hospitalisation en font foi.
- Le transport aérien d'urgence et (ou) la location d'une voiture, à moins que Global Excel ne les ait approuvés et organisés à l'avance.
- Tout traitement non administré ni supervisé par un médecin ou un dentiste détenant un permis d'exercice.
- Les soins prodigués à une femme ou à un enfant, ou leur hospitalisation, par suite d'une grossesse, d'une fausse couche, d'une naissance ou de complications découlant de ces événements dans les quatre semaines précédant ou suivant la date d'accouchement prévue.
- La guerre civile ou étrangère, les actes d'ennemis étrangers, les hostilités (déclarées ou non), la rébellion, la révolution, l'insurrection ou le pouvoir militaire.
- Le terrorisme, ou toute activité ou décision d'un organisme du gouvernement ou de toute autre entité visant à prévenir, combattre ou mettre fin au terrorisme, sauf en ce qui concerne les pertes ou les dommages directement occasionnés par un incendie ou par une explosion. Cette exclusion s'applique indépendamment de toute cause ou circonstance contribuant, concurremment ou non, à ces pertes ou dommages.
- La perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte illégal ou d'un acte criminel.
- Le suicide, une tentative de suicide ou une blessure infligée à soi-même, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non.
- Le service dans les forces armées.
- La participation à des activités sportives (contre rémunération), à une course motorisée ou assistée mécaniquement ou à un concours de vitesse (une activité organisée de nature compétitive dans laquelle la vitesse est un facteur déterminant).
- Tout dommage causé à des prothèses auditives, lunettes, verres fumés, lentilles cornéennes, prothèses, prothèses dentaires ou membres artificiels ou la perte de ceux-ci et toute ordonnance qui en résulte.
- Le remplacement d'une ordonnance existante, que ce soit en raison d'une perte, sauf indication contraire dans le présent contrat, d'un renouvellement ou d'une provision insuffisante, ou l'achat de drogues et de médicaments (vitamines comprises) que l'on peut normalement se procurer sans ordonnance, qui ne sont pas enregistrés ou approuvés légalement au Canada ou qui ne sont pas nécessaires en raison d'une urgence.

- Des frais de surclassement ou d'annulation de billets d'avion, sauf si Global Excel y a consenti au préalable.
 - Le coût de tout billet d'avion assuré en vertu du présent contrat si le billet de la personne assurée peut être échangé ou utilisé à des fins similaires.
 - Les couronnes et les traitements de canal.
 - Les soins ou services obtenus dans la province où la personne assurée étudie ou travaille à temps plein ou dans son pays d'origine, si elle est un étudiant étranger poursuivant des études au Canada ou si elle est un non-résident travaillant au Canada.
 - Un accident survenu alors que la personne assurée était au volant d'un véhicule motorisé, d'un bateau ou d'un aéronef, si la personne assurée :
 - Était sous l'influence de drogues ou de substances toxiques ; où
 - Avait un taux d'alcoolémie supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang ; où
 - Avait un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise dans la région où l'accident est survenu.
 - Un voyage annulé en raison de tout état de santé préexistant qui n'était pas stable à quelque moment au cours des 90 jours précédant la date d'achats des dispositions de voyage. Cette exclusion s'applique à chaque personne assurée, un membre de la famille immédiate, un compagnon de voyage, un membre de la famille immédiate d'un compagnon de voyage, un associé d'affaires, un employé clé, un gardien ou un hôte sur le lieu de destination du voyage.
 - Un voyage interrompu en raison de tout état de santé préexistant qui n'était pas stable à quelque moment au cours des 90 jours précédant la date d'achats des dispositions de voyage. Cette exclusion s'applique à chaque personne assurée et aux membres de sa famille immédiate.
 - Toute blessure, toute maladie ou tout état de santé qui, avant la date d'achat des dispositions de voyage, étaient :
 - Tels qu'ils rendaient une consultation médicale ou une hospitalisation attendue ; où
 - Probables ou certains de se produire selon les antécédents médicaux de la personne assurée.
 - Un voyage entrepris dans le but de rendre visite à une personne malade ou blessée alors que le voyage couvert est annulé, interrompu ou retardé en raison de l'état de santé d'une telle personne ou de son décès.
- L'assurance bagages ne couvre pas : les animaux, les espèces et devises, les valeurs mobilières, les cartes de crédit et tout autre effet négociable, les bagages non enregistrés, les bagages saisis, mis en quarantaine ou détruits par le service des douanes ou par un organisme de l'État.
- Toute maladie, blessure ou tout problème de santé dont la personne assurée souffre ou que la personne assurée a contracté, ou toute perte subie dans une zone, une région ou un pays déterminé pour lequel le gouvernement du Canada, incluant le ministère des Affaires étrangères, Commerce et Développement Canada, a émis un avertissement aux voyageurs ou un avis officiel, avant la date de départ de la personne assurée, conseillant aux voyageurs d'éviter les voyages non essentiels ou d'éviter tout voyage dans cette zone, cette région ou ce pays déterminé. Si l'avertissement aux voyageurs ou l'avis officiel est émis après la date de départ de la personne assurée, la couverture au titre de ce contrat d'assurance dans cette zone, cette région ou ce pays déterminé se limitera à une période de 10 jours suivant l'émission de l'avertissement aux voyageurs ou de l'avis officiel, ou à une période raisonnable pour quitter en toute sécurité la zone, la région ou le pays en question.

Dispositions générales et restrictions

Contrat et modifications apportées au contrat

Le présent contrat, de même que la proposition cadre du titulaire du contrat, les avenants et annexes, s'il y a lieu, constituent le contrat intégral conclu entre l'Assureur et le titulaire du contrat. Toutes les déclarations faites par le titulaire du contrat ou par une personne assurée sont réputées, sauf en cas de fraude, être des assertions et non des garanties.

Toute modification apportée au contrat n'est valable que si elle fait l'objet d'un avenant à cet effet et que si le titulaire du contrat en signifie l'acceptation en acquittant la prime pour la période commençant à la date d'effet de ladite modification ou après cette date.

Il n'est pas nécessaire qu'un avis soit donné à quelque personne assurée, bénéficiaire ou personne autre que le titulaire du contrat, ni que leur consentement soit obtenu, avant d'apporter une modification au contrat ou de procéder à son renouvellement ou à sa résiliation.

Incontestabilité du contrat

Si le titulaire du contrat omet de déclarer un fait important ou fait de fausses déclarations à propos d'un fait important, dans quelque réponse inscrite dans la Proposition cadre du présent contrat, le contrat peut être déclaré nul, au gré de l'Assureur.

Non-renonciation

Le défaut par l'Assureur d'insister sur la conformité à quelque disposition du contrat ne signifie pas qu'il y renonce ou qu'elle a été modifiée ou annulée, quelles que soient les circonstances ou événements passés ou futurs, que ceux-ci soient semblables ou non, et ne modifie aucunement la portée des autres dispositions du contrat.

Renouvellement du contrat

Ce contrat peut être renouvelé pour des périodes successives supplémentaires, moyennant le paiement de la prime tel que prévu aux présentes, sous réserve du droit de l'Assureur de ne pas renouveler ce contrat à quelque date de renouvellement du contrat que ce soit.

Résiliation du contrat

Le titulaire du contrat :

Le titulaire du contrat peut résilier le contrat à tout moment, à condition qu'il avise l'Assureur par écrit de son intention d'y mettre fin au moins 31 jours avant la date de résiliation.

Lorsque le contrat est résilié, le titulaire du contrat verse à l'Assureur la totalité des primes dues pour toute période au cours de laquelle le contrat était en vigueur, y compris le délai de grâce.

L'Assureur :

L'Assureur peut mettre fin au contrat à n'importe quelle date d'échéance de la prime en fournissant par écrit un avis de résiliation au titulaire du contrat au moins 31 jours avant ladite date d'échéance de la prime, lorsque:

- Le nombre ou le pourcentage de participants est inférieur au nombre de participants requis indiqué dans la Proposition cadre aux fins de la présente assurance ;
- Le titulaire du contrat ne respecte pas l'une ou l'autre des modalités et conditions du contrat, ou encore, omet de remplir ses obligations à l'égard des garanties offertes ;
- Le titulaire du contrat ne se conforme pas aux exigences de l'Assureur ou ne collabore pas avec ce dernier en vue de satisfaire aux exigences de toute loi ou de tout règlement en vigueur s'appliquant aux garanties ; ou
- Le titulaire du contrat ne se montre pas coopératif en matière de règlement de sinistres.

À toute date de renouvellement du contrat, l'Assureur peut résilier le contrat ou toute disposition à l'égard des garanties, en expédiant par la poste un avis de résiliation écrit au titulaire du contrat au moins 31 jours avant ladite date de renouvellement.

Nonobstant les alinéas en bleu ci-dessus, si quelque montant de prime demeure impayé à la fin du délai de grâce accordé pour le régler, le contrat prend fin d'office. Le titulaire du contrat doit néanmoins régler tout montant de prime impayé exigible.

Conformité avec la loi

Toute disposition contractuelle contenue dans le présent document qui contrevient aux lois auxquelles le présent contrat est assujéti est, par les présentes, réputée avoir été modifiée pour s'y conformer.

Loi applicable

Le présent contrat est régi par la loi de la province ou du territoire canadien de résidence du participant. Toute procédure judiciaire intentée par la personne assurée, ses héritiers légaux ou ses ayants cause devra être soumise aux tribunaux de la province ou du territoire canadien de résidence du participant.

Droit d'examiner le contrat

Le présent contrat, de même que tout avenant y annexé, est conservé dans les bureaux du titulaire du contrat. La personne assurée peut consulter ce document durant les heures normales de bureau du titulaire du contrat.

Documents descriptifs

L'Assureur fournit les documents suivants au titulaire du contrat, pour qu'il les remette à chaque participant, soit une carte d'assistance médicale de même qu'un livret ou tout autre document sommaire décrivant les garanties auxquelles le participant et ses personnes à charge assurées ont droit.

Une carte d'assistance médicale, un livret ou un document descriptif remis pour quelque raison que ce soit à quiconque n'a pas droit aux garanties d'assurance ou a cessé d'y avoir droit est nul et non avenu.

En cas de divergence entre les dispositions du contrat et celles d'une carte d'assistance médicale, d'un livret ou de tout autre document que la personne assurée pourrait avoir en sa possession, les dispositions du présent contrat prévalent.

Administration

Le titulaire du contrat fournit à l'Assureur tout renseignement exigé par ce dernier à des fins de calcul de la prime et d'administration du contrat. L'Assureur a le droit de s'attendre à ce que ces renseignements soient complets et exacts ; en outre, l'Assureur ne peut être tenu responsable du fait que les renseignements fournis par le titulaire du contrat soient erronés ou que ce dernier omet de fournir des renseignements.

Le titulaire du contrat accorde à l'Assureur le droit d'examiner tout dossier pertinent lui appartenant auquel l'Assureur peut désirer avoir accès, et ce, aussi souvent que ce dernier peut raisonnablement l'exiger ; cela vise notamment les factures ou rapports de facturation provenant d'autres souscripteurs ou assureurs pouvant dispenser une assurance maladie aux participants.

Le titulaire du contrat accorde en outre à l'Assureur le droit d'examiner les livres et registres du titulaire du contrat, dans la mesure où ceux-ci se rapportent à la présente assurance, pourvu que cela se fasse à une heure raisonnable et de temps à autre, jusque deux (2) ans après l'expiration du contrat ou jusqu'au rajustement et règlement ultimes de tous les sinistres en vertu des présentes, selon la dernière de ces éventualités.

Erreurs administratives

Toute erreur commise par l'Assureur dans la tenue des dossiers ou dans la

transmission de renseignements ne peut entraîner pour qui que ce soit l'annulation d'une assurance autrement en vigueur lorsque la prime exigible est acquittée, ni non plus la prolongation d'une assurance ayant pris fin en bonne et due forme en vertu du contrat. Aux fins du présent contrat, une erreur dans le calcul de la prime est considérée comme une erreur administrative.

Attestation d'âge

L'Assureur se réserve le droit d'exiger une attestation d'âge de toute personne assurée.

Cession

Les prestations au titre des garanties offertes par le contrat d'assurance ne peuvent pas être cédées à un tiers. Cependant et à titre exceptionnel, cet interdit ne peut empêcher Global Excel d'effectuer, dans l'intérêt de la personne assurée, le paiement direct à l'hôpital ou à la clinique comme offert à la partie Service d'assistance internationale de ce contrat.

Versement de la prime

Le titulaire du contrat verse la prime à l'Assureur, de même que les taxes applicables. Le montant de prime équivaut à l'ensemble des montants exigés pour toutes les personnes assurées au titre des garanties prévues aux présentes, selon le taux de prime établi par l'Assureur.

Le taux de prime initial demeure en vigueur jusqu'à la date de renouvellement du contrat. L'Assureur se réserve le droit de rajuster le taux de prime alors en vigueur, le rajustement prenant effet le premier jour du mois correspondant à la date du changement ou le premier jour du mois suivant. L'Assureur doit aviser le titulaire du contrat du nouveau taux de prime 31 jours à l'avance.

Nonobstant ce qui précède, si les modalités ou conditions du présent contrat sont modifiées, l'Assureur se réserve le droit de rajuster le taux de prime alors en vigueur ; le rajustement prenant effet le premier jour du mois correspondant à la date du changement ou le premier jour du mois suivant. L'Assureur se réserve également le droit de rajuster le taux de prime lorsque le nombre de participants tombe en deçà de 75 % du nombre initial ou lorsqu'une loi, un règlement ou une mesure gouvernementale est adopté, modifié ou révoqué, entraînant ainsi une modification des garanties et (ou) des sommes payables au titre du contrat, ou encore des taxes devant être versées aux autorités gouvernementales. Dans un tel cas, l'Assureur doit aviser le titulaire du contrat du rajustement 31 jours avant la date d'effet dudit rajustement.

Versement mensuel de la prime

Le titulaire du contrat acquitte la prime exigible à l'égard de chaque participant couvert par le contrat, à l'avance, le premier jour de chaque mois (date d'échéance de la prime). Aucun montant de prime calculé au prorata n'est versé à l'Assureur pour la période allant de la date d'effet de la couverture d'un participant à la date d'échéance de la prime suivante lorsque cette date d'effet ne correspond pas à la date d'échéance de la prime. L'Assureur ne rembourse aucun montant de prime calculé au prorata au titulaire du contrat lorsqu'un participant cesse d'être assuré par le contrat à une date autre que la date d'échéance de la prime.

Délai de grâce

Un délai de grâce de 31 jours, à compter du jour suivant la date d'échéance de la prime, est accordé pour permettre de régler une prime, autre que la prime initiale ; durant ce temps, le contrat demeure en vigueur sauf s'il a été résilié conformément à la disposition Résiliation du contrat des présentes.

Si une prime ou portion de prime exigible en vertu des modalités du présent contrat demeure impayée à la fin du délai de grâce, le contrat prend fin d'office. Le titulaire du contrat doit néanmoins régler tout montant de prime exigible en souffrance.

Si, au cours du délai de grâce, le titulaire du contrat fournit un avis écrit à l'Assureur à l'effet que le présent contrat doit être résilié avant l'expiration dudit délai de grâce, le titulaire du contrat doit verser à l'Assureur une fraction de prime correspondant à la période au cours de laquelle le contrat était en vigueur, soit la période comprise entre la dernière date d'échéance de la prime et la date de résiliation du contrat

Monnaie

Les sommes payables au titre du contrat sont en monnaie canadienne, sauf indication contraire. Si la personne assurée a acquitté des frais remboursables en monnaie autre qu'en monnaie canadienne, elle est remboursée en monnaie canadienne au taux de change ayant cours à la date du remboursement. Cette assurance ne prévoit pas le versement d'intérêts.

Avis à Global Excel

En cas de maladie et (ou) de blessure susceptible d'entraîner des soins d'urgence, la personne assurée doit aviser immédiatement Global Excel ; autrement, les sommes payables au titre du présent contrat pourraient être réduites.

Lorsque la personne assurée engage des dépenses sans l'approbation préalable de Global Excel, à moins que le contrat ne stipule expressément que l'approbation ou l'autorisation de Global Excel doit être obtenue au préalable, ces dépenses sont remboursables sur la base des frais raisonnables et courants que l'Assureur aurait payés conformément aux modalités et conditions du contrat. Comme ces dépenses peuvent être plus élevées que ce montant, la personne assurée doit acquitter toute différence entre le montant de ses dépenses et les frais raisonnables et courants que rembourse l'Assureur.

Transfert ou rapatriement

En cas d'urgence médicale (avant ou après l'admission à l'hôpital), l'Assureur se réserve le droit de :

- Faire transférer la personne assurée dans un établissement de santé à tarifs préférentiels préconisé par Global Excel, et (ou)
- Ramener la personne assurée dans sa province ou son territoire de résidence sans que sa vie ou sa santé ne soient menacées, afin que sa maladie et (ou) sa blessure puisse y être traitées. Si la personne assurée décide de refuser un tel transfert ou rapatriement en dépit du fait que le directeur médical de Global Excel juge que son état de santé est stable, l'Assureur ne peut alors être tenu responsable des frais engagés pour le traitement de sa maladie et (ou) de sa blessure après la date proposée du transfert ou du rapatriement. Global Excel tient compte de l'état de santé de la personne assurée dans le choix du moyen de transport utilisé pour son rapatriement ou transfert et, dans ce dernier cas, dans le choix de l'hôpital auquel elle est transférée.

Limite de la garantie

Une fois que l'état de santé de la personne assurée est jugé suffisamment stable pour lui permettre de revenir au Canada (avec ou sans accompagnement médical), et ce, sur l'avis du directeur médical de Global Excel ou après qu'un établissement de santé lui ait accordé son congé, la situation d'urgence est réputée avoir pris fin. Global Excel avisera alors la personne assurée, au nom de l'Assureur, qu'aucun autre traitement, aucune autre consultation, récurrence ou complication lié à cette situation d'urgence ne pourra ouvrir droit à l'assurance au titre du présent contrat

Fausse déclaration et omission de dévoiler des faits essentiels

L'assurance au titre du présent contrat pourra être annulée si l'Assureur établit qu'avant ou après l'occurrence d'un sinistre, le titulaire du contrat ou la personne assurée a dissimulé, faussement déclaré ou omis de déclarer des faits essentiels relativement au présent contrat ou son intérêt dans celui-ci, ou si le titulaire du contrat ou la personne assurée refuse de communiquer des renseignements ou de permettre l'utilisation de renseignements concernant toute personne assurée au titre du présent contrat. Par conséquent et en cas de sinistre, l'Assureur n'assumera aucune responsabilité et la personne assurée devra elle-même assumer tous les frais engagés, y compris les coûts de rapatriement.

Subrogation

Dans le cas où la personne assurée subit un sinistre couvert par le présent contrat, elle accorde à l'Assureur le droit d'intenter une action en justice contre toute personne, personne morale ou entité juridique ayant causé ledit sinistre, et ce, afin de faire respecter tous les droits, pouvoirs, privilèges et recours de la personne assurée relativement aux sommes payables en vertu du présent contrat. En outre, si la personne assurée a droit, pour le règlement des frais médicaux, à une assurance ou autres garanties sans égard à la responsabilité, l'Assureur a le droit d'exiger et d'obtenir les sommes payables en vertu de ces garanties. Si l'Assureur décide d'intenter une action en justice, il le fait à ses frais, au nom de la personne assurée. Celle-ci doit se présenter sur les lieux du sinistre afin d'aider au déroulement des procédures; elle doit en outre coopérer avec l'Assureur, lui prêter main-forte et lui fournir toute information qu'il pourrait raisonnablement être en droit d'exiger. Si la personne assurée présente une requête ou intente une action en justice relativement à un sinistre couvert, elle doit en aviser immédiatement l'Assureur afin que celui-ci puisse protéger ses droits. La personne assurée ne peut intenter une action en justice qui porterait atteinte aux droits de l'Assureur, tels qu'énoncés dans le présent paragraphe, et elle doit faire tout le nécessaire pour protéger ces droits.

Arbitrage

Malgré toute stipulation du présent contrat, les parties au présent contrat s'engagent à soumettre tout différend né ou éventuel concernant une demande de règlement à une procédure d'arbitrage, à l'exclusion des tribunaux. La procédure d'arbitrage sera celle prévue par la loi en vigueur dans la province ou le territoire canadien de résidence du participant.

Les parties consentent au renvoi de tout litige devant l'arbitrage.

Autre assurance

Cette assurance est une assurance dite « second payeur ». Relativement à toute perte ou à tout dommage assuré ou à tout sinistre payable en vertu de tout régime ou contrat d'assurance, qu'il s'agisse d'une assurance de responsabilité, d'une assurance collective ou individuelle de base ou d'une assurance maladie complémentaire, d'une assurance automobile privée ou publique (provinces et territoires canadiens) offrant une couverture pour soins hospitaliers, médicaux ou thérapeutiques, ou encore de tout autre assurance concurremment en vigueur, les sommes payables au titre de la présente assurance se limitent aux frais admissibles engagés à l'extérieur de la province de résidence excédant le ou les montants d'assurance de la personne assurée au titre de cette autre assurance.

Les règles de coordination des garanties de régimes liées à l'emploi sont soumises aux normes de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. En aucun cas l'Assureur ne tentera de recouvrer des sommes payables au titre d'un régime lié à l'emploi si le maximum viager pour toute couverture à l'intérieur et à l'extérieur du pays équivaut à 50 000 \$ ou moins.

Coordination des garanties et ordre de versement des sommes payables

Lorsqu'une personne est couverte par une autre assurance, laquelle ne prévoit aucune coordination des garanties, cette assurance est considérée comme l'assurance en première ligne responsable du versement initial. Si cette autre assurance prévoit la coordination des garanties, l'ordre de versement des sommes payables est le suivant :

Participant et conjoint à charge

L'assurance couvrant le participant ou le conjoint à charge du participant en tant qu'employé/membre verse les sommes payables avant l'assurance couvrant le participant ou son conjoint en tant que personne à charge.

Enfant à charge

Si l'enfant à charge est couvert en tant que personne à charge par les assurances du participant et de son conjoint, les sommes sont d'abord payables en vertu de l'assurance du parent dont l'anniversaire arrive en premier au cours de l'année civile. Le reste des frais admissibles peut ensuite être réclamé à l'assurance de l'autre parent.

Si l'anniversaire des deux parents tombe le même jour (jour/mois), les demandes de règlement des enfants doivent être présentées à l'assurance selon l'ordre alphabétique des prénoms des parents.

Lorsqu'une personne est couverte par une autre assurance collective ou individuelle ou par un régime public, les sommes payables de toutes sources ne peuvent dépasser la totalité des frais engagés.

Délai de paiement des sommes

Toutes les sommes payables en vertu du présent contrat sont versées par l'Assureur dans les 60 jours de la réception par celui-ci d'une preuve de sinistre en bonne et due forme.

Sommes payables versées en trop

Aucune disposition prévue par le présent contrat ne peut restreindre le droit de l'Assureur de recouvrer auprès d'un particulier ou d'un organisme à qui des sommes ont été versées, une somme versée en trop pour quelque raison que ce soit.

Droit d'exiger des examens

Pour avoir droit au versement des sommes assurées prévues au présent contrat, le participant, en son nom et en celui des personnes à sa charge, autorise par les présentes tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement ou autre organisme, à faire parvenir à l'Assureur ou à ses représentants, tous les renseignements, rapports ou documents que ceux-ci pourraient demander. Par les présentes le participant autorise l'Assureur à communiquer directement avec tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement ou autre organisme, en vue d'obtenir des renseignements nécessaires à l'évaluation des demandes de règlement et par ailleurs dégage les personnes concernées de toute responsabilité légale pouvant découler de la divulgation de tels renseignements.

En cas de décès, l'Assureur exige qu'un certificat de décès soit joint à la demande de règlement. L'Assureur a en outre le droit de demander qu'une autopsie soit pratiquée et d'examiner tout rapport d'autopsie, si la loi le permet.

Délai de prescription

Toute action ou procédure intentée contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables en vertu du contrat est absolument interdite, à moins d'être entreprise dans le délai prévu dans l'Insurance Act (Colombie-Britannique et Alberta) ou dans la Loi sur les assurances (Manitoba).

Toute action ou procédure intentée contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables en vertu du contrat est absolument interdite, à moins d'être entreprise dans le délai prévu dans la Loi sur la prescription des actions (Ontario) ou dans toute autre législation applicable.

Accessibilité des services :

Ni l'Assureur, ni Global Excel ne sont responsables de l'accessibilité ou de la qualité de tout traitement médical reçu (résultats compris), ni du transport sur les lieux du séjour, ni du fait que la personne assurée n'obtienne pas ou ne puisse obtenir de soins médicaux au cours de la période de couverture.

Maintien en vigueur de la couverture individuelle durant l'absence du travail :

Lorsque le participant s'absente du travail en raison d'une invalidité, d'une mise à pied temporaire, d'un congé autorisé, d'une grève ou de tout autre arrêt de travail, l'assurance est maintenue en vigueur pour autant que le participant demeure couvert par le régime d'assurance maladie complémentaire de base du titulaire du contrat.

Remise en vigueur de l'assurance du participant :

Le participant qui n'était plus assuré pour cause de cessation d'emploi et qui recommence à travailler pour le titulaire du contrat devient assuré par le présent contrat dès que sa couverture en vertu du régime d'assurance maladie complémentaire de base du titulaire du contrat est remise en vigueur.

Sanctions :

L'Assureur étant membre du Groupe RSA dont la compagnie d'assurance principale, située au Royaume-Uni, est tenue de se conformer aux sanctions financières, économiques et commerciales (« sanctions ») imposées par l'Union européenne et le Royaume-Uni, les parties aux présentes reconnaissent donc que l'Assureur doit s'engager à respecter les mêmes exigences.

L'Assureur ne fournira aucune couverture ou ne pourra être tenu responsable d'effectuer des paiements ou de verser des indemnités ou autres prestations, au titre du présent contrat d'assurance, qui pourraient contrevenir à des sanctions imposées en vertu des lois canadiennes; ou contrevenir à des sanctions imposées par l'Union européenne ou le Royaume-Uni, s'il s'agit de garanties fournies au titre d'un contrat d'assurance émis par un assureur au Royaume-Uni.

Prolongation d'office de la couverture

À condition que le participant n'ait pas atteint l'âge à l'expiration, la période de couverture pour chaque voyage est prolongée d'office, pour une durée maximale de 72 heures, lorsque :

- Le dernier jour de sa couverture, la personne assurée est hospitalisée d'urgence. Cette couverture demeure en vigueur pour toute la durée de son séjour à l'hôpital et les 72 heures de prolongation s'appliquent dès sa sortie ;
- Le train, le bateau, l'autobus, l'avion ou autre moyen de transport dans lequel la personne voyage à titre de passager est retardé et, pour cette raison (y compris en raison de la température), il lui est impossible de revenir dans sa province ou son territoire de résidence à la date de retour prévue.
- Le véhicule dans lequel la personne assurée voyage est impliqué dans un accident de la route ou subit un bris mécanique, ce qui l'empêche de revenir dans sa province ou son territoire de résidence à la date de retour prévue ou avant cette date ;
- La personne assurée doit repousser la date de son retour dans sa province ou son territoire de résidence en raison d'une urgence médicale.

Toute demande de règlement pour un sinistre survenu après la date de retour prévue initialement doit être accompagnée de documents justificatifs faisant état des circonstances ayant retardé le retour.

Service d'assistance internationale

Global Excel prend les appels jour et nuit, tous les jours de la semaine.

Centre d'appels d'urgence — Quelle que soit la destination de la personne assurée, des préposés compétents sont là pour prendre ses appels. Global Excel peut également lui fournir des instructions et des codes de Canada Direct pour qu'elle puisse s'adresser uniquement à des téléphonistes canadiens.

Aiguillage — Global Excel peut diriger la personne assurée vers des fournisseurs de services médicaux à tarifs préférentiels (hôpitaux, cliniques et médecins) situés à proximité de l'endroit où elle séjourne. Ainsi aiguillée, il est moins probable qu'elle doive régler elle-même les frais pour ces services.

Renseignements sur les garanties — Des explications sur l'assurance sont offertes à la personne assurée ainsi qu'aux fournisseurs qui lui prodiguent des soins de santé.

Spécialistes en services de santé — L'équipe de spécialistes en services de santé de Global Excel, disponible jour et nuit, effectue un contrôle des services dispensés en cas d'urgence grave. Si nécessaire, Global Excel aide la personne assurée à revenir au Canada pour y recevoir les soins dont elle pourrait avoir besoin.

Transmission de messages urgents — En cas d'urgence médicale, Global Excel communique avec le compagnon de voyage de la personne assurée afin de le tenir au courant de sa situation médicale ; de plus, Global Excel l'aide à échanger d'importants messages avec sa famille.

Service d'interprètes — Au besoin, Global Excel met la personne assurée en contact avec un interprète de langue étrangère pour qu'elle puisse obtenir des services d'urgence en pays étranger.

Facturation directe — Si possible, Global Excel donne instruction à l'hôpital ou à la clinique de facturer l'Assureur directement.

Information sur les demandes de règlement — Global Excel répond à toutes les questions de la personne assurée concernant l'admissibilité de sa demande, nos normes de vérification et notre façon d'administrer ses garanties d'assurance au titre du présent contrat.

Médecin-Sur-AppelMC — Le service Médecin-Sur-AppelMC pour les voyageurs aux États-Unis donne à la personne assurée accès à un médecin américain autorisé, incluant la possibilité — en cas d'urgence — de recevoir sa visite à l'endroit où elle habite.

Global Excel doit être contactée avant que la personne assurée ne tente d'obtenir des soins médicaux. Si en raison de son état de santé, la personne assurée est dans l'incapacité de le faire, une tierce personne doit le faire immédiatement à sa place. Il est de la responsabilité de la personne assurée de faire en sorte que Global Excel soit contactée avant de recevoir des soins médicaux, ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire.

Global Excel peut être contactée aux numéros d'urgence qui figurent sur la carte d'assistance médicale fournie au participant.

Demandes de règlement

Avis et preuve de sinistre

Lorsque Global Excel n'est pas contactée immédiatement, la personne assurée ou un bénéficiaire habilité à présenter une demande de règlement, ou le mandataire de l'un ou de l'autre, doit :

- ◆ Donner un avis écrit de sinistre en le remettant personnellement ou en l'envoyant par courrier recommandé à Global Excel dans les 30 jours suivant la date de l'événement qui motive la demande de règlement au titre du présent contrat
- ◆ Faire parvenir à Global Excel dans les 90 jours suivant la date de l'événement qui motive la demande de règlement au titre du présent contrat, toute preuve raisonnable, étant donné les circonstances de l'urgence qui fonde la demande de règlement, ainsi qu'une preuve de la perte occasionnée, une preuve du droit du demandeur à une telle indemnité, une preuve de son âge et, si nécessaire, de l'âge du bénéficiaire ; et
- ◆ Si Global Excel l'exige, fournir un certificat acceptable faisant état de la cause ou de la nature de l'événement qui motive la demande de règlement au titre du présent contrat, ainsi que de la durée de l'invalidité, s'il y a lieu.

Défaut d'avis ou de preuve de sinistre

Le fait de ne pas donner avis du sinistre ou de ne pas en fournir la preuve dans le délai prescrit ci-dessus n'invalide pas pour autant la demande de règlement au titre du présent contrat si l'avis est donné ou la preuve fournie dès que raisonnablement possible, et au plus tard un an suivant la date de la blessure ou la date à laquelle une demande de règlement est présentée au titre du contrat en raison d'une maladie, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans le délai prescrit.

Formulaires fournis par l'assureur

Global Excel s'engage, au nom de l'Assureur, à fournir les formulaires de demande de règlement dans les 15 jours suivant la réception de l'avis de sinistre. Si toutefois le demandeur n'a pas reçu les formulaires dans le délai prescrit, il pourra présenter ses preuves sous forme de déclaration écrite, en décrivant la cause ou la nature de l'urgence qui fonde la demande de règlement.

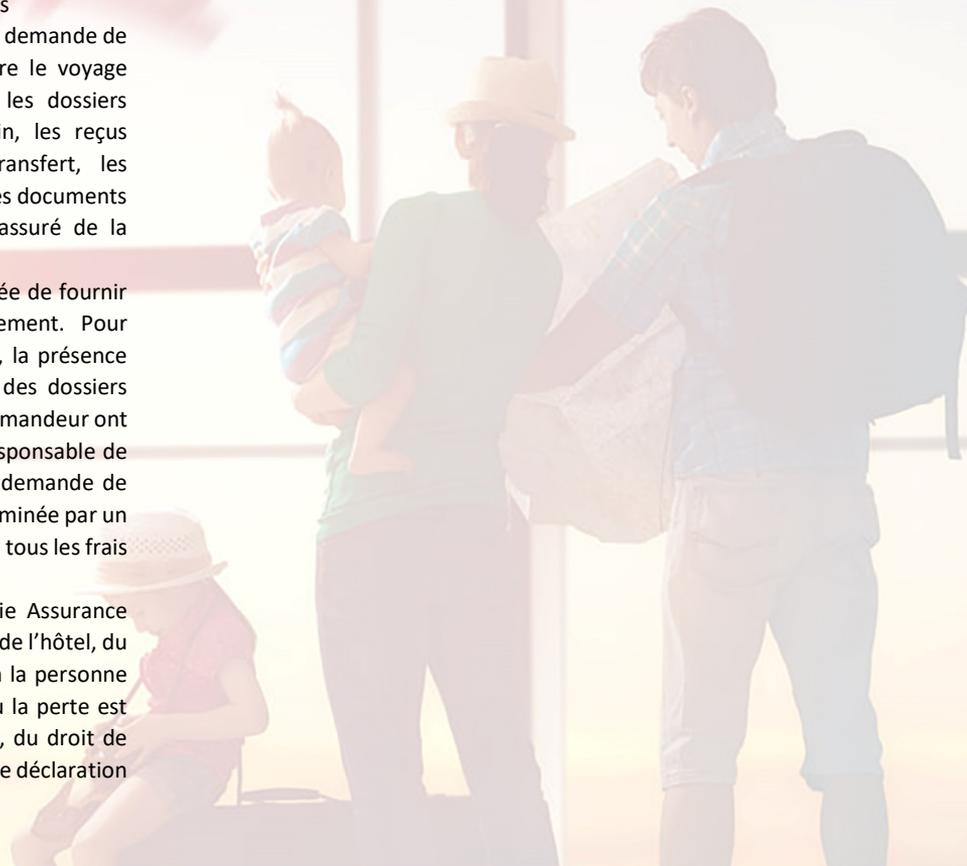
Marche à suivre pour les demandes de règlement

Il incombe à la personne assurée de fournir tous les documents énumérés ci-après et de régler les frais y afférents. Lorsqu'elle présente une demande de règlement, la personne assurée doit :

- ◆ Inclure le numéro du contrat, le nom du patient (nom du mari et nom à la naissance, s'il y a lieu), sa date de naissance et son numéro d'assurance maladie d'une province ou d'un territoire canadien, avec la date d'expiration ou le code de version (s'il y a lieu) ; et
- ◆ Soumettre toutes les factures originales détaillées présentées par le ou les fournisseurs de services médicaux, indiquant le nom du patient, le diagnostic, les dates et le genre de traitement reçu, ainsi que le nom de l'établissement de santé et (ou) du médecin ; et
- ◆ Fournir les reçus originaux pour les médicaments d'ordonnance (et non des tickets de caisse) émis par le pharmacien, le médecin ou l'hôpital, indiquant le nom du médecin ayant prescrit le médicament, le numéro de l'ordonnance, le nom du médicament, la date, la quantité et le coût total ; et
- ◆ Fournir une preuve des dates de départ et de retour ; et
- ◆ Fournir une preuve de sinistre dans les 90 jours suivant la date où les services couverts par le contrat ont été obtenus ; et
- ◆ Sur demande de Global Excel, fournir des renseignements supplémentaires à l'égard de la demande de règlement, une fois celle-ci reçue ; et
- ◆ Signer et retourner le formulaire d'autorisation fourni par Global Excel, permettant à l'Assureur de présenter une demande de remboursement à la Régie de l'assurance maladie de la province ou du territoire canadien. L'Assureur verse les sommes dues aux fournisseurs de services médicaux visés par la demande de la personne assurée et, là où il y est autorisé, effectues-en son nom la coordination des demandes de règlement directement avec la Régie de l'assurance maladie de la province ou du territoire canadien visé ; et
- ◆ Retourner la partie non utilisée du billet d'avion de la personne assurée à Global Excel si elle se prévaut de la garantie Transport aérien d'urgence.

- pour une annulation de voyage, fournir un formulaire de demande de règlement, une explication des raisons pour annuler le voyage comprenant les détails et les dates de l'événement, les dossiers d'hôpitaux, le certificat de décès, la note du médecin, les reçus originaux en preuve de paiement du voyage assuré montrant les dates et les montants payés, les frais et pénalités pour le fournisseur de services de voyage et le mode de paiement, les billets d'avion originaux, les copies électroniques de réservation pour les billets le cas échéant, une preuve de la raison pour laquelle le voyage a été annulé et/ou une preuve de tous les remboursements applicables demandés
- Pour une interruption de voyage, fournir un formulaire de demande de règlement, une explication des raisons pour interrompre le voyage comprenant les détails et les dates de l'événement, les dossiers d'hôpitaux, le certificat de décès, la note du médecin, les reçus originaux, les billets d'avion, les bordereaux de transfert, les bordereaux de repas, les reçus pour hébergement et autres documents prouvant le prépaiement de services pour le voyage assuré de la personne assurée.
- Il se peut que Global Excel demande à la personne assurée de fournir d'autres preuves à l'appui de sa demande de règlement. Pour déterminer si une demande de règlement est recevable, la présence d'une condition préexistante peut être établie à l'aide des dossiers médicaux que les hôpitaux ou les médecins traitants du demandeur ont en leur possession. En ce cas, la personne assurée est responsable de tous les frais engagés pour justifier le bien-fondé de sa demande de règlement. La personne assurée peut aussi devoir être examinée par un ou plus de nos médecins ; en pareil cas, Global Excel paiera tous les frais associés à ces examens.
- Pour une demande de règlement au titre de la garantie Assurance bagages, le rapport de police et la déposition du directeur de l'hôtel, du guide touristique ou des autorités du transporteur, selon la personne qui avait la garde de la propriété assurée au moment où la perte est survenue ainsi qu'une attestation pertinente de la perte, du droit de propriété et de la valeur de chaque article, de même qu'une déclaration détaillée.

- Les sommes payables au titre du contrat sont en monnaie canadienne, sauf indication contraire. Si la personne assurée a acquitté des frais remboursables en monnaie autre qu'en monnaie canadienne, elle sera remboursée en monnaie canadienne au taux de change ayant cours à la date du remboursement. Cette assurance ne prévoit pas le versement d'intérêts.
Le fait de ne pas fournir tous les renseignements requis peut entraîner un retard dans le traitement de la demande de la personne assurée.





ASSURANCE VIE & INVALIDITÉ

Définitions

Adhérent

L'employé qui remplit les conditions d'admissibilité et qui produit une demande d'assurance.

Assuré

L'adhérent et ses personnes à charge lorsque l'assurance est entrée en vigueur selon les conditions de la police.

Personnes à charge

Le conjoint et l'enfant à charge d'un adhérent qui ont été déclarés à l'assureur et tels que définis ci-après :

Conjoint

La personne :

- Qui est mariée avec l'adhérent et cohabite avec lui; ou
- Qui vit maritalement avec l'adhérent depuis au moins douze (12) mois consécutifs; ou immédiatement si un enfant est né de leur union et
 - est désignée sur le formulaire « Déclaration d'état matrimonial » au titre de conjoint par l'employé et
 - est publiquement présentée comme son conjoint.

Toutefois, l'annulation du mariage, le divorce ou la séparation entraîne la perte du statut de conjoint.

Enfant à charge

Pour être admissible, l'enfant de l'adhérent ou de son conjoint doit être célibataire et sans emploi à plein temps, il doit résider au Canada et doit dépendre de l'adhérent ou de son conjoint pour son soutien. De plus, l'enfant doit :

- Être âgé de moins de vingt et un (21) ans; ou être âgé de vingt et un (21) ans à vingt-cinq (25) ans inclusivement et
- Fréquenter une maison d'enseignement reconnue où il est inscrit à titre d'étudiant à temps plein; ou
- Quel que soit son âge, avoir été frappé d'invalidité totale avant son dix-huitième (18e) anniversaire de naissance et demeurer totalement invalide depuis.

Accident

Événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause externe de nature violente et qui est dû exclusivement à une cause externe de nature violente et qui occasionne, directement et indépendamment de toute autre cause, des lésions corporelles.

Blessure corporelle

Lésion corporelle résultant directement d'un accident subi par l'assuré alors que la police est en vigueur.

Coassurance

Pourcentage des frais admissibles assumés par l'assureur.

Chirurgie d'un jour

Chirurgie nécessitant l'intervention d'un anesthésiste.

Date de mise à la retraite

Date à laquelle un adhérent débute sa retraite selon :

- Le régime de retraite auquel il participe; ou
- La convention de travail en vigueur chez l'employeur; ou
- La pratique en usage chez l'employeur.

Délai de carence

Période au cours de laquelle l'adhérent, bien que totalement invalide, n'a droit à aucune prestation. La durée de cette période est indiquée au Sommaire des garanties.

Dentiste

Tout dentiste ou chirurgien-dentiste membre en règle de son ordre professionnel provincial ou d'une association professionnelle reconnue par l'autorité législative ayant juridiction où le dentiste exerce, et pratique activement sa profession au Canada.

Denturologiste

Tout denturologiste membre en règle de son ordre professionnel provincial ou d'une association professionnelle reconnue par l'autorité législative ayant juridiction où le denturologiste exerce, et pratique activement sa profession au Canada.

Éléments naturels

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.

Franchise

Partie des frais admissibles que doit assumer l'assuré avant que l'assureur effectue un remboursement. La franchise ne s'applique qu'une fois par année civile.

Les frais admissibles assumés par l'assuré au cours des trois (3) derniers mois

d'une année civile et servant à couvrir en partie ou en totalité la franchise de l'année, sont appliqués en réduction de la franchise de l'année suivante.

Franchise par médicament

Montant que doit assumer l'assuré pour chaque médicament admissible avant que l'assureur effectue un remboursement.

Hôpital

Institution reconnue comme centre hospitalier de soins de courte durée en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation du Québec et régie par cette loi, ou à l'extérieur du Québec, par une loi équivalente, à l'exception toutefois de l'unité de soins prolongés ou de l'unité de soins réservée aux convalescents.

Hospitalisation

Séjour à l'hôpital d'une durée minimale de dix-huit (18) heures à titre de patient alité ou à la suite d'une chirurgie d'un jour.

Invalidité totale

Pendant la période de vingt-quatre (24) mois qui suit le début de l'invalidité : État de l'adhérent résultant d'un accident ou une maladie qui le rend inapte à remplir toutes et chacune des fonctions inhérentes à son occupation et qui, durant cette période, n'occupe pas un autre emploi et est sous les soins et traitements continus et appropriés d'un médecin.

Si l'invalidité persiste au-delà de vingt-quatre (24) mois : État de l'adhérent inapte à vaquer à toute occupation ou tout travail rémunérateur pour lequel il est raisonnablement qualifié par sa formation, son éducation et son expérience sans égard à la disponibilité d'emploi, qui n'occupe aucun emploi, sauf dans le cadre d'un programme de rééducation approuvé par l'assureur et est sous les soins et traitements continus et appropriés d'un médecin.

Une invalidité totale, débutant plus de trente et un (31) jours après un accident, est considérée comme résultant d'une maladie.

Jour

Jour calendrier, sauf indication contraire dans la garantie.

Maison de convalescence

Institution reconnue comme centre hospitalier de soins prolongés en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation du Québec et régie par cette loi, ou à l'extérieur du Québec, par une loi équivalente, et l'unité de soins prolongés ou de l'unité de soins réservée aux convalescents dans un hôpital.

Médecin

Professionnel de la santé légalement autorisée à pratiquer la médecine au Canada, en vertu de son doctorat en médecine (M.D.), qui est membre en règle de sa corporation professionnelle et qui pratique activement sa profession au Canada.

Maladie

Détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin et qui n'a pas été causé par un accident.

Mutilation ou perte d'usage totale

de la main ou du pied : amputation complète à la jointure du poignet ou de la cheville, ou plus haute; s'il n'y a pas d'amputation, perte totale et définitive de l'usage de la main ou du pied;

de l'œil : perte totale et irréversible de la vue d'un (1) œil (acuité visuelle de vingt sur deux cents (20/200) ou moins, ou champ de vision de vingt (20) degrés);

de l'ouïe : perte totale et irréversible de l'ouïe des deux (2) oreilles, avec un seuil d'audition de quatre-vingt-dix (90) décibels ou plus, dans un seuil de parole de cinq-cents (500) à trois mille (3000) cycles par seconde, confirmée par un oto-rhino-laryngologiste détenteur d'un permis canadien de pratique de la médecine et exerçant sa profession au Canada;

d'un (1) doigt et d'un orteil : amputation complète d'au moins deux phalanges du même doigt ou du même orteil.

Salaires et salaire brut

La rémunération brute régulière de l'adhérent, sous quelque forme que ce soit, sauf le paiement occasionnel de temps supplémentaire, de bonis, d'allocations, de remboursements de dépenses ou tout paiement forfaitaire.

Pour l'adhérent dont le salaire provient en totalité ou en partie de commissions ou de bonis, le salaire signifie la rémunération habituelle moyenne de l'adhérent versée par l'employeur, comprenant les commissions et bonis produits sur les formulaires d'impôt T4 et T4A de l'adhérent au cours des deux années civiles précédentes. Dans l'éventualité où l'adhérent n'a pas complété deux années de service continu auprès du même employeur, mais au moins une année et plus, une moyenne des salaires sera établie selon la durée de service. Si toutefois l'adhérent compte moins d'une année de service, le salaire désigne la rémunération habituelle de l'adhérent, déclaré par l'employeur.

Salaires nets

Le salaire brut de l'adhérent diminué des retenues pour impôt fédéral et provincial et des contributions à tout régime gouvernemental de sécurité sociale ou l'estimé de ces retenues et contributions.

Conditions générales

Admissibilité

Seul peut adhérer à la police et à ses garanties, l'employé faisant partie des catégories mentionnées aux généralités qui satisfait aux trois (3) conditions suivantes :

- Est âgé de moins de soixante-cinq (65) ans, sauf dans le cas de l'assurance frais médicaux;
- Est au service de l'employeur, à titre d'employé permanent au moins trente (30) heures par semaine, à condition qu'il soit effectivement au travail à plein temps, à la date d'entrée en vigueur de son assurance et pour la durée de la police;
- Est un travailleur au sens de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Adhésion

L'employé admissible adhère à la police en remplissant le formulaire requis et en justifiant, lorsqu'il s'agit d'une des conditions à l'assurance, de son assurabilité à la satisfaction de l'assureur dans le cas des garanties autres que l'assurance frais médicaux. L'employé doit justifier de cette assurabilité lorsque le formulaire requis parvient à l'assureur plus de trente (30) jours après l'expiration de la période d'attente.

L'adhésion à la garantie d'assurance frais médicaux est obligatoire pour l'employé admissible et ses personnes à charge, à moins qu'une preuve satisfaisante à l'effet qu'ils sont couverts en vertu d'un autre régime d'assurance collective comprenant au moins la couverture d'assurance médicaments prévue par la Loi ne soit remise à l'assureur. Aucune preuve d'assurabilité n'est exigée aux fins de l'adhésion à la garantie d'assurance frais médicaux.

Entrée en vigueur de l'assurance

- L'assurance de l'adhérent entre en vigueur :
 - dans le cas des garanties pour lesquelles il n'a pas à justifier de son assurabilité; à la date où la période d'attente indiquée au Sommaire des garanties prend fin, lorsque son formulaire de demande d'assurance collective est reçu par l'assureur avant cette date ou dans les trente (30) jours suivant immédiatement la fin de la période d'attente;
 - lorsqu'il doit justifier de son assurabilité : à la date où l'assureur juge satisfaisante l'assurabilité de l'adhérent.
- L'assurance des personnes à charge entre en vigueur :
 - à la même date que celle de l'entrée en vigueur de l'assurance de l'adhérent, lorsque l'assureur a reçu le formulaire concernant les personnes à charge

- de l'adhérent dans les trente (30) jours suivant immédiatement l'entrée en vigueur de l'assurance de l'adhérent;
- dans toutes les autres circonstances, à la date où la personne répond à la définition de personne à charge si l'assureur reçoit la demande dans les trente (30) jours suivant immédiatement le jour où cette personne est devenue personne à charge, sinon, à la date de réception par l'assureur, de la demande.

Nonobstant ce qui précède, dans le cas des garanties autres que l'assurance des frais médicaux, l'entrée en vigueur de l'assurance de toute personne à charge hospitalisée au moment de la demande est retardée dans tous les cas à la date où elle reçoit son congé de l'hôpital.

Cependant, l'assurance vie et l'assurance frais médicaux d'un nouveau-né, personne à charge de l'adhérent, entre en vigueur dès sa naissance, à condition qu'il naisse vivant et viable, et qu'une couverture monoparentale ou familiale soit déjà en vigueur.

En aucun temps, l'assurance des personnes à charge n'entre en vigueur avant l'entrée en vigueur de l'assurance de l'adhérent.

Obligations du preneur de la police

Il incombe, et est de la responsabilité du preneur de la police de transmettre à l'assureur les demandes d'adhésion et les avis de modification des employés admissibles à l'assurance collective ainsi que les renseignements nécessaires pour déterminer la catégorie d'assurance. Le preneur doit également transmettre à l'assureur les avis de modification dans les trente (30) jours suivant la date du changement.

À la demande de l'assureur, le preneur de la police doit communiquer la liste des personnes admissibles à l'assurance collective, qu'elles soient assurées ou non, ainsi que les renseignements nécessaires pour déterminer la catégorie d'assurance.

En cas de mise à pied temporaire de travail, le preneur de la police doit fournir à l'assureur, sans délai, la liste des adhérents affectés et, selon le cas, la date du début ou de la fin de la mise à pied temporaire de travail.

Normes de participation

La police d'assurance est soumise aux normes de participation suivantes :

- Pour l'employé admissible à l'assurance collective, la participation est obligatoire;
- Pour la garantie d'assurance frais médicaux, la participation des personnes à charge est obligatoire;

- Toutefois, un employé ou une personne à charge admissible peut, moyennant un avis écrit à l'assureur, refuser ou cesser d'adhérer à l'assurance frais médicaux et dentaires à condition qu'il atteste qu'il est assuré en vertu d'une garantie d'assurance collective comportant des prestations similaires.

Un employé ou une personne à charge qui a refusé ou cessé d'adhérer peut adhérer à ces garanties en établissant à la satisfaction de l'assureur qu'il est devenu impossible de continuer à être assuré en vertu de cette autre garantie.

Preuves d'assurabilité

Sont à la charge de l'adhérent, tous les frais encourus pour la préparation et la production des preuves d'assurabilité exigées par l'assureur.

Faussees déclarations et omissions

Sous réserve des dispositions de la Loi, toutes fausses déclarations ou toutes omissions de nature à influencer l'appréciation du risque annulent l'assurance de l'adhérent ou de la personne à charge en cause.

Obligation d'informer l'Assureur

Si la garantie « Assurance Maladies Graves » a été choisie et acceptée, la personne assurée a l'obligation de divulguer à l'assureur dans les six (6) mois suivants la date du diagnostic, toute l'information médicale se rapportant à un diagnostic, de signes, symptômes ou investigation menant à un diagnostic de :

- Cancer, couvert ou exclu en vertu de la Garantie Maladies Graves; ou
- Maladie de Parkinson ou des syndromes parkinsoniens atypiques; ou tumeur cérébrale bénigne.

Le défaut de divulguer cette information à l'assureur dans les six (6) mois du diagnostic, accorde à l'assureur le droit de refuser toute demande de prestation pour cancer, maladie grave causée par un cancer ou ses traitements, la maladie de Parkinson, des syndromes parkinsoniens atypiques ou tout autre type de parkinsonisme, pour tumeur cérébrale bénigne.

Montant d'assurance

Au moment de l'adhésion, le montant d'assurance de chacune des garanties pour chaque adhérent est établi selon la classification de cet adhérent. Ce montant varie, soit à la hausse, soit à la baisse selon les modifications apportées par la suite à la classification ou au salaire de cet adhérent.

À la suite d'une augmentation du montant d'assurance résultant d'un changement de salaire ou de catégorie, l'assurance supplémentaire en résultant pour chacune des garanties pour l'adhérent concerné entre en vigueur :

- À la date effective du changement si un avis écrit est un reçu par l'assureur dans les trente (30) jours suivant la date du changement;

- À la date de réception de l'avis écrit s'il est reçu plus de trente (30) jours suivant la date du changement;
- À la date où l'assurabilité de l'adhérent est jugée satisfaisante par l'assureur, si l'adhérent doit justifier son assurabilité pour répondre aux exigences de la police d'assurance.

En conséquence, toute réclamation fondée sur un événement survenu avant cette entrée en vigueur, sera réglée selon l'assurance en vigueur au moment de l'événement.

À la suite d'une diminution du montant d'assurance résultant d'un changement de salaire ou de catégorie, le montant d'assurance de chacune des garanties affectées par ces changements est ajusté automatiquement à compter de la date du changement.

En cas d'invalidité d'un adhérent ou lorsqu'un adhérent reçoit des prestations de maternité ou parentales en vertu de la Loi sur l'Assurance-emploi, les montants d'assurance dont il bénéficie demeurent inchangés jusqu'à son retour au travail à plein temps. Toutefois, les conditions de réductions prévues au contrat continuent de s'appliquer.

Demande de prestations et paiement

Le preneur ou l'assuré est tenu d'informer par écrit l'assureur du sinistre dans les trente (30) jours suivant la date de l'événement.

Toute demande de prestations doit être détaillée à la satisfaction de l'assureur, produite par écrit et envoyée au siège social de l'assureur dans les quatre-vingt-dix (90) jours.

Sous réserve de l'obligation d'informer l'assureur de certaines maladies graves, décrit précédemment, 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.

De plus, les frais sont considérés comme engagés à la date à laquelle les services ont été rendus ou les articles ont été fournis.

L'assuré doit se soumettre à tout examen médical lorsque l'assureur le demande en raison de la nature de l'invalidité.

Advenant la résiliation du contrat, l'assureur n'effectuera aucun versement de prestation à moins que la déclaration et les preuves des pertes subies ne lui soient soumises dans les six (6) mois suivant le début de l'invalidité. Toute autre demande doit être soumise dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de résiliation du contrat.

Tout paiement est fait en monnaie légale du Canada.

Montant de la prime

Le montant de la prime est constitué des primes de chaque adhérent.

Païement de la prime

La prime est payable d'avance, mensuellement, au siège social de l'assureur. Un délai de trente (30) jours est accordé pour tout paiement, à l'exception du paiement de la première prime.

Remboursement de la prime

Seuls sont remboursés, les montants résultant de l'ajustement de la prime précédant la réception d'un avis de modification de l'assurance, par l'assureur. Ce remboursement rétroactif ne peut toutefois excéder quatre (4) mois de réajustement de la prime à partir de la date à laquelle la demande est reçue chez l'assureur.

Changements de politiques gouvernementales

La prime est établie en tenant compte des prestations payables en vertu des lois sociales actuellement en vigueur. Advenant modification à ces lois affectant les obligations de l'assureur, celui-ci peut ajuster la prime en conséquence, et ce, à compter de la date d'entrée en vigueur de la modification.

De plus, advenant toute divergence entre les termes et conditions de la présente police et la Loi sur l'assurance-médicaments du Québec, la loi aura préséance.

Fin de l'assurance

- l'assurance de l'adhérent cesse à la première des dates suivantes :
 - à la date de cessation, résiliation ou terminaison de la police d'assurance;
 - à la date où il ne remplit plus les conditions d'admissibilité;
 - à la date d'échéance de la prime impayée, à défaut du paiement de la prime avant l'expiration du délai de grâce;
 - quant à une garantie particulière, autre que l'assurance frais médicaux, à la date où il atteint l'âge de terminaison de la garantie;
 - quant à la garantie de maladies graves, à la date où le montant maximal prévu à la garantie a été payé;
 - à la date du décès de l'adhérent.
- l'assurance des personnes à charge cesse à la première des dates suivantes :
 - à la date où l'adhérent cesse lui-même d'être assuré;
 - à la date à laquelle la personne à charge perd ce statut;
 - à la date d'échéance de la prime impayée, à défaut du paiement de la prime avant l'expiration du délai de grâce;
 - à la date où la personne à charge atteint l'âge de terminaison de la garantie;

- quant à la garantie de maladies graves des personnes à charge, à la date où le montant maximal prévu à la garantie a été payé;
- à la date de cessation de l'assurance des personnes à charge en vertu du contrat;
- à la date du décès de la personne à charge.

Fin de la police d'assurance

Lorsque la police est en vigueur, celle-ci prend fin :

- à la date de réception, par l'assureur, d'un avis écrit du preneur ou à la date indiquée dans cet avis si ultérieure à la date de réception;
- sous réserve des dispositions de la loi, à la date indiquée sur l'avis de terminaison donné par l'assureur au preneur;
- à la date d'échéance de la prime impayée, à défaut du paiement de la prime avant l'expiration du délai de grâce.

Continuité de l'assurance (congé sans solde et mise à pied temporaire)

Sujet au maintien en vigueur de la police, l'assurance de tout adhérent et de ses personnes à charge, à l'exclusion de l'assurance salaire, peut être maintenue en vigueur à la demande du preneur pendant une période maximale de trois (3) mois, en continuant le paiement des primes. Pour bénéficier de ce privilège, la demande doit être reçue dans les trente (30) jours qui suivent immédiatement le début de la période d'absence.

Remise en vigueur

L'assurance de tout adhérent, mis à pied temporairement ou en congé autorisé par l'employeur, annulée pendant sa période d'absence, peut être remise en vigueur à la condition que cette période d'absence n'excède pas trois (3) mois, et que la demande à cet effet soit reçue par l'assureur dans les trente (30) jours suivants immédiatement la date du retour au travail.

Grève ou lock-out

Sujet au maintien en vigueur de la police, l'assurance frais médicaux de tout adhérent et de ses personnes à charge est maintenue en vigueur pendant un minimum de trente (30) jours, à compter de la date d'arrêt de travail dû à une grève ou à un lock-out. Les autres garanties sont suspendues pendant toute la durée de l'arrêt de travail, à moins d'entente écrite entre le preneur et l'assureur.

Renouvellement

La police se renouvelle automatiquement d'année en année à la date de renouvellement par période de douze (12) mois, sauf si un avis écrit de non-renouvellement ou de modification est transmis par l'assureur au preneur ou à son mandataire connu, au moins quatre-vingt-dix (90) jours avant la date de renouvellement.

L'assureur se réserve le droit de modifier les taux de primes en tout temps en présence de changements ayant des conséquences sur les coûts de souscription ou de service de la police collective tels que :

- Modification dans la nature du risque couvert;
- Changement demandé par le titulaire;
- Une modification importante dans la taille ou dans la démographie de plus de 15%.

Bénéficiaire

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 :

- advenant le décès du conjoint : aux héritiers légaux du conjoint;
- advenant le décès d'un enfant à la charge de l'adhérent :
 - au conjoint, s'il est vivant;
 - sinon aux héritiers légaux de l'enfant à charge.

Contrat

La police, la proposition d'assurance et les demandes d'assurance des adhérents constituent le contrat.

Lorsqu'il est fait mention d'une date pour la prise d'effet, la cessation ou la modification de toute garantie, la prise d'effet a lieu à cette date à 00:01 heure, au lieu de l'emploi de l'adhérent.

Cession

Ni la police, ni l'assurance d'un adhérent ne peuvent être cédées ou hypothéquées.

Droit de l'assuré lors d'un transfert d'assureur

Tout employé admissible à l'assurance, qu'il soit au travail ou en interruption temporaire de travail, maintient les garanties d'assurance et les montants de couverture s'y rattachant qui étaient en vigueur au moment de transfert d'assureur selon les nouvelles dispositions prévues dans la présente police de remplacement.

Le preneur a l'obligation de fournir au nouvel assureur toutes les informations relatives à la couverture de ses employés à la date de transfert d'assureur.

Assurance vie de l'adhérent

Prestations

Au décès de l'adhérent couvert par la présente garantie, l'assureur verse au bénéficiaire désigné le montant d'assurance vie inscrit au Sommaire des garanties.

Exonération des primes en cas d'invalidité totale

Les primes d'assurance vie sont exonérées durant la période où l'adhérent a droit à des prestations d'assurance salaire de longue durée ou après six (6) mois d'invalidité totale, selon la première des éventualités, à condition :

- Que l'invalidité ait débuté pendant que la garantie est en vigueur et est maintenue en vigueur même si la police d'assurance collective est transférée d'assureur;
- Qu'une demande écrite soit faite à l'assureur dans les douze (12) mois du début de l'invalidité avec preuves de cette invalidité à l'appui. Le défaut de fournir ces preuves dans le délai prévu prive l'adhérent du droit d'exercer ce privilège pour la période antérieure à la date de réception effective par l'assureur de telles preuves d'invalidité; et
- Que dans les trente et un (31) jours de la demande de l'assureur, des preuves soient fournies de la persistance de son invalidité, faute de quoi l'exonération et l'assurance prennent fin à la date de la demande de l'assureur.

L'exonération des primes d'un adhérent se termine à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle l'adhérent cesse de répondre à la définition d'invalidité totale applicable;
- la date à laquelle l'adhérent omet de soumettre une preuve d'invalidité demandée par l'assureur ou de se faire examiner par un
- médecin désigné par l'assureur;
- la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans.

Droit au paiement anticipé

Lorsqu'un adhérent est exonéré du paiement des primes de la garantie d'assurance vie en raison de son invalidité et que son espérance de vie est alors d'au plus douze (12) mois, il a droit, s'il en fait la demande par écrit au siège social de l'assureur, de recevoir le moindre de :

- 25 000 \$;

50 % du montant d'assurance vie pour lequel il est protégé. Dans ce dernier cas, le montant d'assurance vie est établi en considérant immédiatement toute réduction de protection prévue et devant survenir au cours de la période de vingt-quatre (24) mois suivant la date de la demande de l'adhérent.

L'adhérent qui désire exercer ce droit doit fournir à la satisfaction de l'assureur les preuves démontrant :

- Que son espérance de vie soit inférieure à douze (12) mois à la date de la demande; et, s'il y a lieu,
- l'acceptation écrite de tous les bénéficiaires irrévocables.

Lors du décès de l'adhérent, le montant autrement payable par l'assureur au bénéficiaire est réduit du montant payé à l'adhérent en vertu du présent droit.

De même, tout montant pouvant être converti par un adhérent sera réduit des prestations de paiement anticipé reçues.

En aucun cas, l'assureur n'a de responsabilités quant à l'impact des montants de paiement anticipé reçu par un adhérent sur ses taxes ou ses impôts, le cas échéant.

Droit de transformation

L'adhérent, qui n'a pas atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans et qui cesse de bénéficier de cette garantie parce qu'il cesse d'être un employé ou qu'il cesse d'appartenir au groupe d'assurés ou en raison de la résiliation de la garantie, peut demander par écrit à l'assureur de transformer, sans preuve d'assurabilité, son montant d'assurance vie collective en une police d'assurance vie individuelle temporaire, conformément aux exigences de la loi.

La demande de transformation accompagnée du paiement de la première prime doit parvenir à l'assureur dans les trente et un (31) jours qui suivent, selon le cas, la cessation d'emploi ou la résiliation de la garantie.

Le montant d'assurance transformable est établi de la façon suivante :

Situation 1

Cessation d'emploi ou d'appartenance au groupe avant soixante-cinq (65) ans

Tout adhérent de moins de soixante-cinq (65) ans, dont la vie cesse d'être assurée au terme de la garantie d'assurance vie de base parce qu'il cesse d'être un employé ou qu'il cesse d'appartenir au groupe d'assurés, peut, en faisant une demande écrite à l'assureur avant l'expiration d'un délai de trente et un (31) jours qui suivent la date de fin de son emploi ou de son appartenance au groupe d'assurés, obtenir une police d'assurance vie temporaire.

Le montant d'assurance vie de la police individuelle ne peut toutefois excéder le moins élevé des montants suivants :

- 400 000 \$;
- la différence entre le montant d'assurance vie dont bénéficiait l'adhérent en vertu de sa police d'assurance collective et le montant d'assurance prévu dans la police de remplacement.

Situation 2

Terminaison de la couverture avant l'âge de soixante-cinq (65) ans

Tout adhérent de moins de soixante-cinq (65) ans, dont la vie cesse d'être assurée au terme de la garantie d'assurance vie de base en raison de la résiliation de la garantie alors qu'il en bénéficiait depuis au moins cinq (5) années consécutives d'assurance, précédant immédiatement la résiliation de ce contrat, peut demander par écrit à l'assureur de transformer, sans preuve d'assurabilité, son montant d'assurance vie collective en une police d'assurance vie individuelle temporaire.

Le montant d'assurance vie de la police individuelle doit être d'au moins 10 000\$. Toutefois, le montant transformable ne peut excéder le montant d'assurance résilié sujet à un maximum de 400 000 \$.

Ce montant d'assurance est toutefois diminué de toute assurance vie à laquelle l'adhérent devient admissible, en vertu d'un contrat quelconque d'assurance collective au cours des trente et un (31) jours qui suivent la résiliation du présent contrat.

Dans les deux circonstances (situations 1 et 2), l'adhérent peut demander la transformation d'un montant moindre que la limite d'établissement maximum aux termes de la police individuelle, mais jamais inférieur au minimum fixé par l'assureur pour la police demandée.

Calcul de la prime

La prime est déterminée par l'assureur selon les taux en vigueur applicables lors de la transformation, selon le type de police d'assurance, d'après l'âge et le sexe de l'adhérent, de la classe de risque à laquelle il appartient et compte tenu de son occupation et de son lieu de résidence.

Limitations

- la demande de transformation doit parvenir à l'assureur dans les trente et un (31) jours qui suivent, selon le cas, la cessation d'emploi ou la résiliation de la garantie.
- la police d'assurance individuelle sera émise sans la garantie d'exonération des primes en cas d'invalidité ni la garantie d'assurance en cas de mort accidentelle et de mutilation.
- l'adhérent qui s'est prévalu du droit de transformation cesse d'être admissible à la présente garantie.
- une diminution du montant d'assurance en raison de l'âge ou d'un changement de catégorie d'assurés ne donne pas droit à la transformation.

En cas de décès au cours du délai de transformation de trente et un (31) jours

Si l'adhérent décède dans les trente et un (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 avant la date de la fin de son assurance.

Cependant, si le décès d'un adhérent survient durant la période de trente et un (31) jours suivant la fin de son emploi ou de son appartenance au groupe, période pendant laquelle il aurait pu exercer son droit de transformation, l'assureur paiera une somme égale au moindre des montants suivants :

- 400 000 \$; ou
- le montant de la somme assurée en vigueur immédiatement avant la fin de son assurance, moins le montant d'assurance prévu dans un autre contrat d'assurance collective auquel l'adhérent est devenu admissible au moment d'exercer son droit de transformation.

Dispositions générales

Les définitions et conditions générales s'appliquent à cette garantie.

Assurance vie des personnes à charge

Au décès d'une personne à charge de l'adhérent bénéficiant de la présente garantie, l'assureur verse à l'adhérent le montant d'assurance vie inscrit au Sommaire des garanties.

Exonération des primes

Lorsque l'adhérent est exonéré du paiement des primes de la garantie d'assurance vie, les primes de la garantie d'assurance vie des personnes à charge sont également exonérées.

Droit de transformation de l'assurance vie des personnes à charge

La personne à charge qui n'a pas atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans et qui cesse de bénéficier de cette garantie du fait de la cessation d'emploi de l'adhérent ou de l'appartenance au groupe de l'adhérent ou en raison de la résiliation de la garantie, peut demander par écrit à l'assureur de transformer, sans preuve d'assurabilité, son montant d'assurance vie collective en une police d'assurance vie individuelle temporaire, conformément aux exigences de la loi. La demande de transformation accompagnée du paiement de la première prime doit parvenir à l'assureur dans les trente et un (31) jours qui suivent, selon le cas, la cessation d'emploi ou la résiliation de la garantie.

Le montant d'assurance transformable est établi de la façon suivante :

Situation 1

Cessation d'emploi de l'adhérent ou d'appartenance au groupe avant soixante-cinq (65) ans

Toute personne à charge de moins de soixante-cinq (65) ans, dont la vie cesse d'être assurée au terme de la garantie d'assurance vie de base parce que l'adhérent cesse d'être un employé ou qu'il cesse d'appartenir au groupe d'assurés, peut, en faisant une demande écrite à l'assureur avant l'expiration d'un délai de trente et un (31) jours qui suivent la date de fin de l'emploi de l'adhérent ou de son appartenance au groupe d'assurés, obtenir une police d'assurance vie temporaire non transformable jusqu'à l'âge de soixante-cinq (65) ans.

Le montant d'assurance vie de la police individuelle ne peut toutefois excéder le moins élevé des montants suivants :

- 400 000 \$;
- la différence entre le montant d'assurance vie dont bénéficiait la personne à charge en vertu de la police d'assurance collective de l'adhérent et le montant d'assurance prévu dans la police de remplacement.

Situation 2

Terminaison de la couverture de l'adhérent avant l'âge de soixante-cinq (65) ans

La personne à charge de tout adhérent de moins de soixante-cinq (65) ans, dont la vie cesse d'être assurée au terme de la garantie d'assurance vie des personnes à charge en raison de la résiliation de la garantie alors qu'il en bénéficiait depuis au moins cinq (5) années consécutives d'assurance, précédant immédiatement la résiliation de ce contrat, peut demander par écrit à l'assureur de transformer, sans preuve d'assurabilité, son montant d'assurance vie collective en une police d'assurance vie individuelle temporaire conformément aux exigences de la loi. Le montant d'assurance vie de la police individuelle doit être d'au moins 5000 \$. Toutefois, le montant transformable ne peut excéder le montant d'assurance résilié sujet à un montant maximum de 400 000 \$.

Ce montant d'assurance est toutefois diminué de toute assurance vie à laquelle la personne à charge devient admissible, en vertu d'un contrat quelconque d'assurance collective au cours des trente et un (31) jours qui suivent la résiliation du présent contrat.

Dans les deux circonstances (situations 1 et 2), la personne à charge peut demander la transformation d'un montant moindre que la limite d'établissement maximum aux termes de la police individuelle, mais jamais inférieur au minimum fixé par l'assureur pour la police demandée.

En cas de décès au cours du délai de transformation de trente et un (31) jours

Si l'adhérent décède dans les trente et un (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 avant la date de la fin de son assurance.

Cependant, si le décès d'un adhérent survient durant la période de trente et un (31) jours suivant la fin de son emploi ou de son appartenance au groupe, période pendant laquelle il aurait pu exercer son droit de transformation, l'assureur paiera une somme égale au moindre des montants suivants :

- 400 000 \$; ou
- le montant de la somme assurée en vigueur immédiatement avant la fin de son assurance, moins le montant d'assurance prévu dans un autre contrat d'assurance collective auquel l'adhérent est devenu admissible au moment d'exercer son droit de transformation.

Calcul de la prime

La prime est déterminée par l'assureur selon les taux en vigueur applicables lors de la transformation, selon le type de police d'assurance, d'après l'âge et le sexe de la personne à charge, de la classe de risque à laquelle il appartient et compte tenu de son occupation et de son lieu de résidence.

Limitations

- la demande de transformation doit parvenir à l'assureur dans les trente et un (31) jours qui suivent, selon le cas, la cessation d'emploi de l'adhérent ou la résiliation de la garantie.
- la police d'assurance individuelle sera émise sans la garantie d'exonération des primes en cas d'invalidité ni la garantie d'assurance en cas de mort accidentelle et de mutilation.
- la personne à charge qui s'est prévalué du droit de transformation cesse d'être admissible à la présente garantie.
- une diminution du montant d'assurance en raison de l'âge ou d'un changement de catégorie d'assurés ne donne pas droit à la transformation.

Prolongation d'assurance des personnes à charge assurées

Au décès de l'adhérent bénéficiant de la présente garantie, l'assurance vie des personnes à sa charge est prolongée, sans paiement de primes, jusqu'à la plus rapprochée des dates suivantes:

- douze (12) mois après le décès de l'adhérent;
- la date à laquelle l'assurance vie des personnes à charge aurait pris fin;
- la date de résiliation de la présente garantie ou de la police d'assurance;
- la date du soixante-cinquième (65e) anniversaire de naissance de la personne à charge.

Dispositions générales

Les définitions et conditions générales s'appliquent à cette garantie.

Assurance décès ou mutilation par accident

Lorsque l'adhérent ou la personne à charge est couvert(e) par la présente garantie, l'assureur verse une indemnité dans le cas de blessures corporelles dues uniquement à des causes extérieures, violentes et accidentelles qui occasionnent, directement et indépendamment de toute autre cause, une des pertes énumérées ci-dessous et ce, moins de trois cent soixante-cinq (365) jours après l'accident ayant causé ces blessures.

L'indemnité payable est égale au pourcentage, indiqué ci-dessous, du montant d'assurance prévu selon les garanties d'assurance vie de l'adhérent, des personnes à charge ou de l'assurance vie complémentaire sous le titre de « montant additionnel en cas de décès ou mutilation par accident » indiqué au Sommaire des garanties.

<u>PERTES ADMISSIBLES</u>	<u>POURCENTAGE</u>
Quadriplégie, paraplégie, hémiplegie (voir limitations)	200 %
Perte de la vie	100 %
Perte des deux (2) yeux	100 %
Perte des deux (2) mains ou des deux (2) pieds	100 %
Perte d'une (1) main et d'un (1) pied	100 %
Perte d'une (1) main et d'un (1) œil	100 %
Perte d'un (1) pied et d'un (1) œil	100 %
Perte de la parole et de l'ouïe des deux (2) oreilles	100 %
Perte d'un (1) bras ou d'une (1) jambe	75 %
Perte d'une (1) main ou d'un (1) pied	66,66 %
Perte d'un (1) œil	66,66 %
Perte de la parole	66,66 %
Perte de l'ouïe des deux (2) oreilles	66,66 %
Perte du pouce et de l'index de la même main	33,33 %
Perte d'au moins quatre (4) doigts d'une même main	33,33 %
Perte de tous les orteils d'un (1) pied	33,33 %
Perte de l'ouïe d'une (1) oreille	12,5 %

Limitations

À la suite d'un accident, les pertes subies ne peuvent être cumulées, seule la perte accordant le montant le plus élevé sera indemnisée.

Aucune indemnité n'est payable en cas de perte d'usage ou de paralysie avant qu'une période de douze (12) mois ne se soit écoulée depuis le diagnostic et que la preuve soit faite à la satisfaction de l'assureur que l'assuré ne pourra recouvrer l'usage de ses membres.

Dans le cas de la quadriplégie, de l'hémiplegie et de la paraplégie, si un assuré décède dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent l'accident, la prestation payable est limitée à 100 % du montant assuré.

Exposition aux éléments naturels et disparition du corps

Toute perte donnant par ailleurs droit à une indemnité en vertu de la présente garantie, subie par un assuré en raison de son exposition inévitable aux éléments naturels à la suite d'un accident, est couverte par la présente garantie.

Est présumé décédé à la suite d'une blessure, un assuré qui n'est pas retrouvé dans l'année qui suit la disparition résultant d'un naufrage ou la destruction du véhicule à bord duquel il prenait place au moment de l'accident, et ce, à la date anniversaire de cet accident. Il ne doit exister aucune indication que l'assuré soit toujours vivant.

Réadaptation

Lorsqu'en raison de blessures, des indemnités sont payables conformément aux conditions de la présente garantie, les frais réels et raisonnables encourus dans les deux (2) années suivant l'accident pour la réadaptation de la personne assurée sont remboursés en autant que :

- les blessures subies par la personne assurée l'obligent à entreprendre une formation spéciale afin de pouvoir exercer une profession différente pour laquelle il ne serait pas engagé autrement;
- le programme de réadaptation soit approuvé au préalable par l'assureur.

L'indemnité maximale est de 10 000 \$ par accident. Elle ne couvre pas les frais de pension ni les autres frais habituellement encourus pour la subsistance, les déplacements et l'habillement de l'assuré.

Modification à la résidence et au véhicule

Lorsqu'à la suite de blessures subies par un assuré, des indemnités sont payables en vertu de la présente garantie, pour la perte des deux (2) pieds, de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplegie, et que l'assuré doit utiliser un fauteuil roulant, l'assureur rembourse les frais engagés par l'assuré,

mais une seule fois pendant la durée de la garantie, pour les travaux d'aménagement permettant l'accès d'un fauteuil roulant :

- à sa résidence principale; et
- à l'automobile dont il a l'usage personnel, pour le rendre conforme à
- la réglementation en vigueur, le cas échéant.

Sujet aux conditions ci-dessus, l'indemnité maximale payable aux termes des paragraphes 1. et 2. ci-dessus totalise 10 000 \$ par accident.

Cette indemnité ne sera payée que si :

- les modifications apportées à la résidence sont effectuées par une ou des personnes ayant l'expérience de telles modifications et sont recommandées par un organisme reconnu fournissant aide et support aux personnes en fauteuil roulant;
- les modifications apportées au véhicule sont effectuées par une ou des personnes ayant l'expérience de telles modifications et sont approuvées par les autorités compétentes en matière de réglementation des véhicules automobiles;
- les dépenses afférentes aux transformations sont jugées raisonnables par l'assureur; et
- les dépenses sont engagées dans les vingt-quatre (24) mois qui suivent l'accident.

Ceinture de sécurité

Toute indemnité payable en vertu de la présente garantie pour une perte subie par un assuré dans un accident alors qu'il se trouvait à bord d'un véhicule comme conducteur ou passager, est majorée de 10 % si :

- au moment de l'accident, l'assuré portait une ceinture de sécurité adéquatement attachée. Le port de la ceinture de sécurité doit être attesté dans le rapport officiel de l'accident ou certifié par l'enquêteur;
- le conducteur conduisait dans le respect du code de la route au moment de l'accident; et
- le conducteur du véhicule possédait un permis de conduire en règle.

Transport d'un membre de la famille immédiate

Des indemnités sont payables en raison de blessures subies par l'assuré couvert par la présente garantie si :

- cet assuré est admis dans un hôpital situé à plus de cent cinquante (150) kilomètres de sa résidence habituelle, dans l'année suivant la date de l'accident, et que le médecin traitant de l'assuré recommande la présence d'un membre de sa famille immédiate;
- l'assureur rembourse les frais réels de transport de ce membre de la famille immédiate, pour rejoindre l'assuré à son lieu d'hospitalisation, selon les modalités suivantes :

- par le trajet le plus court;
- en usant d'un transporteur reconnu;
- en autant que les dépenses de transport soient réputées nécessaires et raisonnables par l'assureur; et
- jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 \$.

Si des prestations de transport et d'hébergement sont prévues en vertu de toute autre disposition du présent contrat, elles doivent être versées en vertu d'une seule des dispositions.

Aux fins de la présente garantie, sont des membres de la famille immédiate, le conjoint, les parents, les grands-parents, enfants, petits-enfants, frères et sœurs majeurs de l'assuré.

Retour du corps

Si l'assuré décède par suite d'un accident subi dans un rayon de cinquante (50) kilomètres ou plus de sa résidence habituelle et que des indemnités sont payables en vertu de la présente garantie, l'assureur rembourse les frais réels et raisonnables de retour du corps et de la préparation pour le transport de l'assuré, jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 \$.

Si des prestations de rapatriement sont prévues en vertu de toute autre disposition du contrat, elles doivent être versées en vertu d'une seule des dispositions.

Exonération des primes

Lorsque l'adhérent est exonéré du paiement des primes de la garantie d'assurance vie, les primes de la garantie d'assurance décès ou mutilation par accident sont également exonérées.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable :

- lors d'une tentative de suicide ou du suicide de l'assuré, ou d'une blessure ou d'une mutilation que l'assuré s'est volontairement infligée, qu'il soit sain d'esprit ou non, conscient ou non de ses actes;
- lorsque la blessure subie par l'assuré résulte :
 - de la participation ou tentative de participation à un délit criminel;
 - d'une opération militaire ou alors qu'il est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
 - de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, réelle ou appréhendée ou en raison d'une guerre déclarée ou non ou de tout autre acte belliqueux :

- lors de blessure résultant de la participation de l'assuré à toute navigation aérienne ou activité aéronautique à titre d'opérateur ou de membre d'équipage; sauf comme passager;
- en cas de prise, d'administration, d'inhalation ou d'absorption faite volontairement ou non, de tout gaz, poison, drogue, hallucinogène ou médicaments, sauf s'il s'agit d'un accident de travail;
- en cas d'empoisonnement, excluant les infections pyogéniques, suite directe de blessures, sauf s'il s'agit d'un accident de travail;
- lors d'une infection ou d'un accident ne produisant à la surface du corps aucune plaie ou contusion apparente, sauf en cas de noyade accidentelle ou de lésion révélée par autopsie;
- en cas de conduite par l'assuré de tout véhicule motorisé terrestre ou aquatique, alors qu'il est sous l'influence de stupéfiants ou avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident ou encore sous médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant;
- lorsque la blessure ou la maladie est survenue alors que l'assuré pratique une activité sportive contre rémunération, participe à une compétition de véhicules motorisés terrestres ou aquatiques ou à une épreuve de vitesse, fait de la plongée sous-marine, pratique le vol plané ou à voile, le deltaplane ou le parapente, l'alpinisme, le parachutisme en chute libre ou non, le saut à l'élastique (bungee jumping), la pratique de sports extrêmes ou de combat ou toute autre activité dangereuse;
- en cas de traitement médical ou dentaire, d'une intervention chirurgicale ou d'un procédé anesthésique;
- en cas de pertes résultant d'un accident survenu antérieurement à la date de prise d'effet de l'assurance de l'adhérent.

Examen et autopsie

À la demande de l'assureur, l'assuré doit se soumettre à un examen médical. En cas de décès, l'assureur peut, dans les limites permises par la loi, demander une autopsie.

Dispositions générales

Les définitions et conditions générales s'appliquent à cette garantie

Assurance salaire de longue durée

Lorsque l'adhérent est couvert par la présente garantie, l'assureur verse pendant la durée de l'invalidité totale de l'adhérent, compte tenu du délai de carence et de la période maximale, la prestation mensuelle indiquée au Sommaire des garanties.

L'adhérent doit donner avis de son état et en faire la preuve à la satisfaction de l'assureur, conformément aux termes de la présente police.

Réadaptation ou retour progressif au travail

L'adhérent est tenu de participer à tout programme de réadaptation proposé et approuvé par l'assureur et élaboré par les intervenants spécialisés en réadaptation et le(s) médecin(s) traitant.

Un programme de réadaptation peut consister entre autres, à un travail à temps partiel, à la poursuite de formation dans l'optique de faciliter un retour au travail de l'adhérent, à l'adaptation du poste de travail, l'accès à des soins médicaux spécialisés incluant cures ou thérapies visant à traiter des dépendances ou à un soutien psychologique.

L'assureur n'est pas tenu d'approuver un programme de réadaptation ou de poursuivre la participation à un programme de réadaptation déjà approuvé par un tiers. L'assureur base sa décision sur de multiples critères, dont son opinion quant aux avantages de la réadaptation et la possibilité d'un retour au travail à la fin d'un programme de réadaptation.

L'adhérent qui suit un programme de réadaptation vocationnelle ou de retour au travail progressif approuvé par l'assureur quant à son contenu et sa durée, continue de recevoir des prestations d'invalidité. Toutefois, le montant de la rémunération et des prestations mensuelles payables en vertu de cette garantie ne devra pas excéder :

100 % du salaire mensuel de l'adhérent, au début de son invalidité, diminué des impôts provincial et fédéral sur le revenu ainsi que des contributions à tout régime gouvernemental de sécurité sociale. Pour tout montant qui excède 100 % du salaire, l'excédent est déduit des prestations mensuelles.

Intégration

De la prestation mensuelle seront déduites toutes prestations d'invalidité payables en vertu :

- du Régime de rentes du Québec, du Régime de pensions du Canada et ce, avant tout partage ou retenue de quelque nature que ce soit, de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou de toute
- autre loi sociale autre que la Loi sur l'assurance emploi, qui ont valeur de rémunération et/ou d'indemnisation (à l'exclusion de toute prestation pour personnes à charge);et

- de toute rémunération directe ou indirecte reçue de l'employeur ou de toutes autres sources, à l'exception des sommes reçues dans le cadre d'un programme de réadaptation.

Lorsque l'adhérent peut bénéficier d'une couverture d'invalidité aux termes de ces programmes sociaux, il doit présenter une demande d'indemnité à l'organisme de régie concerné, faute de quoi, l'assureur pourra réduire les prestations. Il en incombe à l'adhérent de présenter sa demande d'indemnité dans les délais prescrits, en vertu des régimes et des lois publics précités.

Dans le cas où la demande d'indemnité serait refusée par ces derniers pour cause de présentation de la demande hors des délais prescrits, l'adhérent, et non l'assureur, est seul responsable. En outre, jusqu'à ce que le montant de cette indemnité ait été fixé définitivement, l'assureur en fait l'estimation et ne verse à l'adhérent que la différence entre la prestation à laquelle l'adhérent a droit en vertu de la présente garantie et le montant estimé. Tout montant payé en trop, compte tenu de la présente clause, doit être remboursé à l'assureur.

Coordination des prestations

En aucun cas, la présente garantie n'assure un revenu supérieur à 85 % du salaire net de l'adhérent (salaire brut diminué des retenues pour impôts fédéral et provincial et des contributions à tout régime gouvernemental de sécurité sociale ou l'estimé de ses retenues et contributions).

En conséquence, l'adhérent doit déclarer à l'assureur tout salaire reçu de son employeur, de toutes autres sources ou toutes prestations de même nature de tout autre régime collectif d'assurance invalidité. L'assureur procédera aux ajustements requis pour respecter cette limite de 85 % du salaire net.

Invalidité successive

Des périodes successives d'invalidité attribuables à la même cause ou à des causes connexes sont considérées comme une même période d'une invalidité à moins d'intervalle de six (6) mois consécutifs de travail à temps complet.

Bien que l'invalidité résulte d'une cause différente, cette nouvelle invalidité sera considérée comme une continuation de l'invalidité antérieure à moins que l'employé n'ait été au service continu de l'employeur durant une période d'au moins une (1) journée de travail à temps complet depuis la fin de l'invalidité antérieure.

Droit de l'adhérent lors de la cessation d'une garantie d'assurance salaire

L'assureur est garant des prestations payables, en vertu d'une garantie d'assurance salaire, pour une invalidité totale se prolongeant au-delà de la cessation de la garantie ou lors d'un transfert d'assureur.

Toutefois, l'assureur n'est pas garant des prestations dans les cas suivants :

- lorsqu'il y a, après cessation de la garantie, une rechute de l'affection invalidante, alors que l'adhérent n'est plus totalement invalide depuis plus de quatre-vingt-dix (90) jours; ou
- lorsque l'affection invalidante qui a débuté avant la résiliation de la garantie est déclarée à l'assureur plus de six (6) mois après sa survenance; ou
- lorsqu'une nouvelle affection invalidante survient après la cessation de l'assurance.

Dans tous les cas, les droits de l'adhérent cessent dès :

- qu'il est pris en charge par un autre assureur, en vertu d'un contrat d'assurance collective comportant une garantie comparable; ou
- qu'il compte, après résiliation de la garantie, trente (30) jours de travail à temps plein, pour des fonctions d'une catégorie couverte par un contrat d'assurance collective comportant une garantie comparable.

Transformation

L'adhérent qui n'a pas atteint l'âge de soixante-trois (63) ans et qui cesse de bénéficier de cette garantie du fait de la cessation de son emploi, ou en raison de la résiliation de la garantie alors qu'il en bénéficiait depuis au moins vingt-quatre (24) mois consécutifs d'assurance sans invalidité ni réclamation pour invalidité, peut demander par écrit à l'assureur de transformer, sans preuve d'assurabilité, 50 % du montant d'assurance salaire de longue durée, en une police d'assurance invalidité individuelle, sous réserve des conditions ci-après :

- La demande de transformation accompagnée du paiement de la première prime doit parvenir à l'assureur dans les trente et un (31) jours qui suivent, selon le cas, la cessation d'emploi ou la résiliation de la garantie;
- Déclaration sur l'usage de tabac dans les douze (12) mois précédant la date de demande de transformation;
- Classification professionnelle selon l'emploi exercé à la date de transformation;
- Délai de carence de cent quatre-vingts (180) jours;

Durée maximale d'indemnisation :

- Âge à l'émission de dix-huit (18) à soixante (60) ans (âge au dernier anniversaire) : deux (2) ans ou cinq (5) ans
- Âge à l'émission de soixante-et-un (61) à soixante-trois (63) ans (âge au dernier anniversaire) : deux (2) ans

Exclusions

Aucune prestation n'est payable :

- lorsque l'adhérent n'est pas sous les soins continus, suivi ou traitement actif d'un médecin;
- lorsque l'adhérent ne répond plus à la définition d'invalidité; lorsque l'adhérent néglige ou refuse de suivre les traitements appropriés à son état tels que prescrits par le médecin ou refuse de se soumettre à une expertise médicale requise par l'assureur;
- lorsque l'adhérent refuse de se soumettre à une expertise en réadaptation demandée par l'assureur ou de participer activement à un plan ou un programme de réadaptation approuvé et n'en respecte pas les exigences;
- lorsque l'invalidité résulte d'une tentative de suicide, d'une blessure ou d'une maladie que l'adhérent s'est volontairement infligée, qu'il soit conscient ou non de ses actes;
- lorsque l'invalidité de l'adhérent résulte :
 - de la participation ou tentative de participation à un délit criminel;
 - d'une opération militaire ou alors qu'il est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
 - de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, réelle ou appréhendée ou en raison d'une guerre déclarée ou non ou de tout autre acte belliqueux;
 - de la conduite, par l'adhérent, de tout véhicule motorisé, alors qu'il est sous l'influence de stupéfiants ou avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident ou encore sous médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant;
- lorsque l'adhérent est détenu dans une prison, dans un pénitencier, à domicile ou tout autre lieu restreint imposé par jugement;
- lorsque l'invalidité résulte de soins prodigués à des fins esthétiques, sauf si la nature de la maladie ou de la blessure rend ces soins nécessaires;
- pour toute invalidité résultant de la toxicomanie, de l'alcoolisme, de l'usage d'hallucinogènes ou de drogues prescrites ou non, à moins que l'adhérent participe à un programme de réadaptation, approuvé par l'assureur, et qui débute, au plus tard, durant le délai de carence;

- aucune prestation d'invalidité n'est payable pendant les périodes de grève ou de lock-out de congé sans solde ou de mise à pied temporaire si l'invalidité a débuté durant l'une de ces périodes;
- mise à pied temporaire – l'invalidité ayant débuté avant le jour de la réception de l'avis de mise à pied temporaire de l'adhérent fait l'objet de prestations en vertu de la garantie d'assurance salaire concernée. Les prestations cessent le jour de la mise à pied lorsque l'invalidité a débuté après la réception de l'avis de mise à pied temporaire. lorsque l'invalidité est reliée à la maternité durant :
 - le congé de maternité ou le congé parental pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou une entente entre l'adhérent et l'employeur;
 - la période pour laquelle l'adhérent reçoit des prestations de maternité ou parentales en vertu de la Loi sur l'assurance emploi;
- pour toute invalidité survenant au cours des douze (12) mois suivant la date où l'adhérent est devenu assuré en vertu de cette garantie et qui résulte d'une maladie ou de blessures pour lesquelles il a reçu des traitements ou pris des médicaments dans les trois (3) mois précédant la date de prise d'effet ou que la maladie a fait l'objet d'un diagnostic au cours de cette période de trois (3) mois ou qu'à la suite d'une prescription, l'assuré aurait dû suivre un traitement ou prendre des médicaments. Les dispositions du paragraphe précédent ne s'appliquent pas dans le cas d'un adhérent assuré en vertu d'une garantie similaire par un contrat antérieur d'assurance collective en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet du présent contrat;
- lorsque l'adhérent séjourne à l'extérieur du Canada pour des périodes totalisant six (6) mois ou plus au cours d'une période de douze (12) mois consécutifs, à moins que l'assureur ne convienne d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période;
- à compter de la date où l'adhérent atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans ou de sa mise à la retraite si avant;
- pendant toute période où l'adhérent exerce une occupation rémunératrice, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation; lors de la perte d'une certification, d'une licence professionnelle ou occupationnelle n'est pas considérée, en soi, comme une invalidité.

Exonération des primes

La prime de cette garantie est exonérée durant la période où l'adhérent a droit à des prestations d'invalidité en vertu de celle-ci.

Dispositions générales

Les définitions et conditions générales s'appliquent à cette garantie.

AVIS

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, Humania Assurance constituera un dossier d'assurance ainsi que les renseignements relatifs à toute réclamation d'assurance.

Seuls les employés ou mandataires responsables de la souscription, des enquêtes et des réclamations ainsi que toute autre personne que vous aurez autorisée, auront accès à ce dossier.

Votre dossier sera détenu dans nos bureaux du siège social.

Vous avez droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en formulant une demande écrite à l'adresse suivante :

Responsable de l'accès à l'information
Humania Assurance Inc., Case postale 10 000
Saint-Hyacinthe, (Québec) J2S 7C8



La Mutuelle Strategys

Fiducie de soins de santé au bénéfice des employés

Redéfinir l'assurance collective

Générer une valeur nouvelle Naturellement.

