

MISE EN GARDE :

© La Great-West, compagnie d'assurance-vie. La présente version de la police PDF ainsi que toute modification, incluse ou non dans ce PDF, forment la version officielle de la police. Ce document est protégé contre l'écriture. Rien ne peut y être ajouté, supprimé ou modifié. Les paramètres de sécurité permettent les signatures électroniques.

Police d'assurance collective

TITULAIRE DE LA POLICE COLLECTIVE :	GEST-CAN RLX (2000) INC.
NUMÉRO DE LA POLICE COLLECTIVE :	175539
DATE D'EFFET :	1^{er} novembre 2018
COMBINAISONS D'ASSURANCE :	Assurance-vie, assurance-maladie et assurance invalidité

PROPOSITION D'ASSURANCE COLLECTIVE

GEST-CAN RLX (2000) INC.

(le proposant) demande à La Great-West, compagnie d'assurance-vie d'établir à son intention la police collective n° 175539 ci-jointe. La police collective est donc par la présente approuvée et acceptée par le proposant.

Fait à _____ le _____.

GEST-CAN RLX (2000) INC.

Témoïn

Par _____

Agent ou conseiller

Titre

TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
CONVENTION	A 1
TABLEAU DES PRESTATIONS	
Tableau des prestations - Assurance-vie	B-TPV 1
Tableau des prestations - Accident ou maladie	B-TPM 1
Tableau des prestations - Assurance invalidité	B-TPI 1
Liste des sociétés affiliées	B-LS 1
DISPOSITIONS TOUCHANT L'ASSURANCE	
Employeur	C 1
Clause d'assurance	C 1
Salarié assurable	C 1
Conditions d'admissibilité	C 1
Assurance des personnes à charge	C 2
Personnes à charge assurables	C 2
Conjoint assurable	C 3
Enfant assurable	C 5
Date d'effet de l'assurance	C 7
Modifications apportées à l'assurance	C 7
Obligation d'être en activité de service	C 8
Clause relative à la sélection des risques	C 9
Expiration de l'assurance	C 10
Assurance du salarié	C 10
Assurance des personnes à la charge du salarié	C 14
Expiration de l'assurance-vie pendant la période d'invalidité	C 14
Prolongation du versement des prestations en cas d'invalidité	C 15
Invalidité	C 16
Période de service	C 16
Montant maximum payable	C 16
Prolongation du versement des prestations en cas de blessure accidentelle	C 17
Prestations d'assurance-maladie aux survivants	C 18
Versement des prestations	C 18
Prolongation du versement des prestations	C 18
Remise en vigueur de l'assurance	C 19

(i)

Droit de transformation de l'assurance-vie à l'égard des salariés du Québec	C 20
Droit de transformation de l'assurance-vie à l'égard de tous les autres salariés	C 23

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES

Assurance-vie	D-Vie 1
Capital-décès	D-Vie 1
Garantie d'exonération des primes	D-Vie 2
Assurance Mort ou mutilation accidentelles et sinistres particuliers	D-MMA 1
Évaluation de l'admissibilité	D-MMA 1
Prestations en cas de mort ou de mutilation accidentelles et de sinistres particuliers	D-MMA 1
Transport du corps	D-MMA 6
Allocation pour études à l'égard des enfants à charge	D-MMA 6
Frais de transport engagés par la famille	D-MMA 7
Formation professionnelle du conjoint	D-MMA 8
Allocation pour études	D-MMA 9
Allocation pour fauteuil roulant	D-MMA 10
Restrictions générales	D-MMA 11
Assurance-maladie supplémentaire - Salariés et personnes à charge	D-MS 1
Évaluation de l'admissibilité	D-MS 1
Base d'évaluation	D-MS 1
Services d'ambulance	D-MS 5
Soins hospitaliers et soins infirmiers	D-MS 5
Soins reçus à l'étranger	D-MS 11
Assistance médicale globale	D-MS 15
Médicaments sur ordonnance	D-MS 19
Fournitures médicales	D-MS 26
Services diagnostiques	D-MS 31
Soins paramédicaux	D-MS 32
Soins oculaires	D-MS 34
Autres soins, services ou fournitures	D-MS 35
Montant payable	D-MS 36
Restrictions générales	D-MS 38

Assurance dentaire - Salariés et personnes à charge	D-AD 1
Évaluation de l'admissibilité	D-AD 1
Base d'évaluation	D-AD 1
Soins ordinaires	D-AD 2
Soins extraordinaires	D-AD 8
Protection en cas de blessure accidentelle aux dents	D-AD 13
Montant payable	D-AD 15
Restrictions générales	D-AD 17
Assurance invalidité de courte durée – Salariés	D-ICD 1
Évaluation de l'admissibilité	D-ICD 1
Invalidité	D-ICD 1
Période d'invalidité	D-ICD 1
Période d'attente	D-ICD 2
Période d'indemnisation	D-ICD 2
Récidive de l'invalidité	D-ICD 2
Rente d'invalidité	D-ICD 3
Prestations de réadaptation professionnelle	D-ICD 7
Programme de coordination des soins médicaux	D-ICD 9
Restrictions générales	D-ICD 11
Assurance invalidité de longue durée – Salariés	D-ILD 1
Évaluation de l'admissibilité	D-ILD 1
Invalidité	D-ILD 1
Période d'invalidité	D-ILD 3
Période d'attente	D-ILD 3
Période d'indemnisation	D-ILD 4
Récidive de l'invalidité	D-ILD 4
Rente d'invalidité	D-ILD 5
Indexation	D-ILD 11
Réadaptation professionnelle	D-ILD 13
Coordination des soins médicaux	D-ILD 15
Restrictions générales	D-ILD 17

DISPOSITIONS DE RÈGLEMENT

Déclaration de sinistre-invalidité	E 1
Preuve de sinistre	E 2
Rapport d'évaluation en cas d'invalidité	E 3
Calcul préalable des prestations de soins dentaires	E 4
Revue simultanée d'utilisation de médicaments	E 4
Versement des prestations d'assurance-maladie supplémentaire et d'assurance dentaire	E 6
Remboursement du trop-perçu	E 6
Subrogation et droit de recouvrement	E 7
Actions en justice	E 7
Bénéficiaire	E 7
Coordination des prestations	E 8

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Monnaie de règlement	F 1
Accès aux dossiers	F 1
Évaluation par un tiers	F 2
Erreur sur l'âge	F 2
Divulgence de renseignements	F 3
Procédure d'appel	F 3
Conformité à la loi	F 3
Police sans participation	F 3
Cession de l'assurance-vie	F 3
Genre	F 3
Représentation et avis	F 3
Rémunération annuelle	F 4

DISPOSITIONS TOUCHANT LES PRIMES

Exigibilité	G 1
Délai de grâce	G 1
Calcul de la prime	G 1
Rajustements	G 2
Modification des taux de prime	G 2

RÉSILIATION DE LA POLICE

H 1

DISPOSITIONS DE TRANSFERT

Transfert de l'assurance

I 1

Prise en charge des sinistres

I 3

(v)

CONVENTION

La Great-West convient, aux termes de la présente convention, de verser aux ayants droit les prestations prévues par la présente police contre paiement des primes exigibles par le titulaire de la police collective (le titulaire).

La présente police entre en vigueur à la date d'effet, à 0 h 1, heure locale dans le secteur du titulaire.

Les pages suivantes, ainsi que les modifications qui y sont apportées par voie d'avenant ou d'intercalaire, constituent la police.

Fait à La Great-West, compagnie d'assurance-vie, à Montréal, au Québec.

Le président et
chef de la direction,



Le président et
chef de l'exploitation, Canada,



TABLEAU DES PRESTATIONS - ASSURANCE-VIE

Le présent tableau doit s'interpréter de pair avec les autres dispositions de la police.

ASSURANCE-VIE - SALARIÉS

CLASSES ADMISSIBLES :	Tous les salariés âgés de moins de 70 ans
MÉTHODE DE CALCUL :	100 % de la rémunération annuelle
MONTANT DE L'ASSURANCE :	<p>Montant déterminé d'après la méthode de calcul du montant de l'assurance. L'assurance d'un montant supérieur au maximum sans justification d'assurabilité de 385 000 \$ est assujettie à la clause relative à la sélection des risques de la présente police, à moins qu'il n'y ait eu transfert de l'assurance et que le salarié couvert par l'ancien régime de son employeur n'ait été assuré aux termes du présent régime à sa date d'effet. En pareil cas, seul le montant d'assurance supérieur à celui dont le salarié bénéficiait aux termes de l'ancien régime est assujetti à la clause relative à la sélection des risques. Le montant maximum de l'assurance est fixé à 500 000 \$.</p> <p>À 65 ans, le montant de l'assurance diminue de moitié (50 %).</p> <p>Le montant de l'assurance qui ne représente pas un multiple entier de 1 000 \$ est arrondi au multiple entier supérieur de 1 000 \$.</p>

ASSURANCE-VIE - PERSONNES À CHARGE

CLASSES ADMISSIBLES :	Tous les salariés âgés de moins de 70 ans
MONTANT DE L'ASSURANCE :	
- Conjoint	10 000 \$
- Chaque enfant	5 000 \$

TABLEAU DES PRESTATIONS - ACCIDENT OU MALADIE

Le présent tableau doit s'interpréter de pair avec les autres dispositions de la police.

ASSURANCE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES ET SINISTRES PARTICULIERS - SALARIÉS

CLASSES ADMISSIBLES :	Tous les salariés âgés de moins de 70 ans
CAPITAL ASSURÉ :	Montant égal au montant de l'assurance-vie couvrant le salarié aux termes de la présente police.

**ASSURANCE-MALADIE SUPPLÉMENTAIRE –
SALARIÉS ET PERSONNES À CHARGE**

CLASSES ADMISSIBLES : Tous les salariés

FRANCHISE PAR ANNÉE CIVILE* :

- | | |
|---|--------|
| - frais de soins hospitaliers au Canada, de médicaments sur ordonnance au Canada, de soins à l'étranger, de l'Assistance médicale globale et de soins oculaires | aucune |
| - tous les autres frais couverts : | |
| • franchise individuelle | 50 \$ |
| • franchise familiale | 100 \$ |

RÈGLEMENT PROPORTIONNEL :

- | | |
|---|-------|
| - frais de soins hospitaliers au Canada, de l'Assistance médicale globale et de soins oculaires | 100 % |
| - frais de soins reçus à l'étranger | |
| • soins d'urgence | 100 % |
| • soins non urgents | 50 % |
| - tous les autres frais couverts | 80 % |

MONTANT MAXIMUM LA VIE DURANT : aucun

ASSURANCE DENTAIRE - SALARIÉS ET PERSONNES À CHARGE

CLASSES ADMISSIBLES :	Tous les salariés
BARÈME DES HONORAIRES DE SOINS DENTAIRES APPLICABLE :	barème des honoraires pour soins dentaires de la province où les soins sont donnés, en vigueur à la date des soins
FRANCHISE PAR ANNÉE CIVILE* :	
- frais engagés par suite d'une blessure accidentelle aux dents	aucune
- tous les autres frais couverts :	
• franchise individuelle	50 \$
• franchise familiale	100 \$
RÈGLEMENT PROPORTIONNEL :	
- soins ordinaires	80 %
- soins extraordinaires	50 %
- soins nécessaires par suite d'une blessure accidentelle aux dents	100 %
MONTANTS MAXIMUMS :	
- blessure accidentelle aux dents	aucun
- tous les autres frais couverts	1 000 \$ par année civile

* La franchise par année civile n'est pas exigible pour l'année civile 2018.

TABLEAU DES PRESTATIONS - ASSURANCE INVALIDITÉ

Le présent tableau doit s'interpréter de pair avec les autres dispositions de la police.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE - SALARIÉS

CLASSES ADMISSIBLES :	Tous les salariés âgés de moins de 70 ans, à l'exception des salariés d'usine de Emballages Lacroix Inc. et de Contenants I.M.L. d'Amérique du Nord Inc.
PÉRIODE D'ATTENTE :	période de 7 jours consécutifs
BASE D'ÉVALUATION :	60 %
MÉTHODE DE CALCUL :	66,67% de la rémunération hebdomadaire
RENTE D'INVALIDITÉ :	Montant déterminé d'après la méthode de calcul de la rente. La rente maximum est fixée à 1 000 \$. Tout montant de rente d'invalidité qui ne représente pas un chiffre rond est arrondi au dollar suivant.
PÉRIODE D'INDEMNISATION :	15 semaines
SITUATION FISCALE DE LA RENTE :	non imposable

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE - SALARIÉS

CLASSES ADMISSIBLES :	Tous les salariés âgés de moins de 65 ans
PÉRIODE D'ATTENTE :	112 jours civils
PÉRIODE D'ÉVALUATION INITIALE :	la période d'attente plus les 24 mois d'invalidité suivants
BASE D'ÉVALUATION SUBSÉQUENTE :	50 %
MÉTHODE DE CALCUL DE LA RENTE :	66,67% de la première tranche de 3 000 \$ de la rémunération mensuelle, plus 45 % de l'excédent
RENTE BRUTE :	Montant déterminé d'après la méthode de calcul de la rente. Les prestations brutes supérieures au maximum sans justification d'assurabilité de 6 000 \$ sont assujetties à la clause relative à la sélection des risques de la présente police, à moins qu'il n'y ait eu transfert de l'assurance et que le salarié couvert par l'ancien régime de son employeur n'ait été assuré aux termes du présent régime à sa date d'effet. En pareil cas, seul le montant d'assurance supérieur à celui dont le salarié bénéficiait aux termes de l'ancien régime est assujetti à la clause relative à la sélection des risques. La rente brute maximum est fixée à 10 000 \$.
RENTE D'INVALIDITÉ :	montant égal au moindre d'entre la rente brute et le maximum de toutes les sources
MAXIMUM DE TOUTES LES SOURCES :	85 % de la rémunération nette
SITUATION FISCALE DE LA RENTE :	non imposable

Liste des sociétés affiliées

LES EMBALLAGES LACROIX INC.
LES CONTENANTS I.M.L. D'AMÉRIQUE DU NORD INC.
LES ÉTIQUETTES I.M.L. INC.

DISPOSITIONS TOUCHANT L'ASSURANCE

EMPLOYEUR

« Employeur » désigne le titulaire et toute société figurant dans la Liste des sociétés affiliées.

CLAUSE D'ASSURANCE

Est admissible à l'assurance prévue par la présente police, la personne :

1. qui est au service de l'employeur;
2. qui répond à la définition de salarié assurable;
3. qui relève d'une classe admissible à l'assurance;
4. qui remplit les conditions d'admissibilité; et
5. qui satisfait aux exigences de la clause intitulée Date d'effet de l'assurance.

- Salariés non admissibles à l'assurance invalidité de longue durée

N'est pas assurable aux termes de l'assurance invalidité de longue durée le salarié qui aura atteint son 65^e anniversaire à la fin d'une période correspondant à la période d'attente prévue en cas d'invalidité de longue durée.

SALARIÉ ASSURABLE

Est assurable le salarié qui occupe un emploi :

1. permanent, à plein temps et non saisonnier, et
2. d'au moins 24 heures de travail par semaine.

CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ

Le salarié est admissible après 3 mois de service continu à titre de salarié assurable, période se terminant à la date d'effet de la présente police ou après.

- Emploi continu

Le salarié est considéré comme étant au service de l'employeur de façon continue seulement s'il est en activité de service tout au long de la période d'attente aux fins de l'admissibilité.

- Restriction relative à l'admissibilité

Le salarié n'est admissible qu'aux prestations prévues pour la classe dont il relève au Tableau des prestations.

DISPOSITIONS TOUCHANT L'ASSURANCE

ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

Le salarié peut faire assurer ses personnes à charge à la dernière des dates ci-dessous :

1. la date à laquelle il est admissible à son assurance; et
2. la date à laquelle il a pour la première fois une personne à charge assurable.

La clause Date d'effet de l'assurance détermine la date à laquelle l'assurance des personnes à charge entre en vigueur.

PERSONNES À CHARGE ASSURABLES

« Personne à charge assurable » s'entend du conjoint assurable et de tout enfant assurable.

DISPOSITIONS TOUCHANT L'ASSURANCE

CONJOINT ASSURABLE

« Conjoint assurable » s'entend du conjoint légitime, du conjoint de fait ou de l'ex-conjoint du salarié.

Il ne peut y avoir, à tout moment, qu'un seul conjoint couvert aux fins de l'assurance et il doit s'agir de la même personne aux termes de toutes les garanties couvrant le conjoint aux termes du programme d'avantages sociaux de l'employeur.

Lorsque plus d'une personne répond à la définition de conjoint assurable, la Great-West reconnaît comme conjoint aux fins de l'assurance la personne à l'égard de laquelle le salarié a pour la première fois présenté une demande de règlement aux termes du programme d'avantages sociaux de l'employeur.

- Conjoint légitime

« Conjoint légitime » s'entend de la personne légalement mariée au salarié conformément à la législation provinciale applicable.

- Exception à l'égard des résidents du Québec

À l'égard des résidents du Québec, un conjoint légitime comprend également une personne avec qui le salarié a contracté une union civile aux termes des dispositions du Code civil du Québec.

- Conjoint de fait

« Conjoint de fait » s'entend de la personne qui habite avec le salarié dans une situation d'union de fait. L'union de fait désigne la situation de deux personnes qui vivent ensemble depuis au moins 12 mois et dont la relation est de nature conjugale ou, pour un résident du Québec, depuis la naissance ou l'adoption d'un enfant dans le cadre de la relation, selon la première éventualité.

- Ex-conjoint

« Ex-conjoint » s'entend du conjoint légitime dont le salarié est divorcé, de l'ancien conjoint uni civilement ou de l'ancien conjoint de fait du salarié lorsque l'un ou l'autre bénéficie de certaines des garanties prévues par le programme d'avantages sociaux de l'employeur en exécution d'une ordonnance de la cour.

DISPOSITIONS TOUCHANT L'ASSURANCE

- Modification de la désignation de conjoint

Le salarié peut modifier sa désignation de conjoint aux fins de l'assurance en présentant une demande de règlement à l'égard d'un autre conjoint aux termes du programme d'avantages sociaux de l'employeur. Le nouveau conjoint est reconnu aux fins de l'assurance à la dernière des dates ci-dessous :

1. la date de la survenance du sinistre faisant l'objet de la demande de règlement présentée à l'égard du nouveau conjoint; ou
2. le jour suivant la date de survenance du sinistre faisant l'objet de la dernière demande de règlement présentée à l'égard de l'ancien conjoint.

Si le salarié modifie sa désignation de conjoint de fait en faveur d'un conjoint légitime, la modification n'est valide aux fins de l'assurance que si le conjoint légitime habite avec le salarié.

La modification de la désignation d'un ex-conjoint en faveur d'un nouveau conjoint légitime ou de fait n'est permise que si l'ordonnance de la cour garantissant l'assurance à l'ex-conjoint est expirée.

DISPOSITIONS TOUCHANT L'ASSURANCE

ENFANT ASSURABLE

Tout enfant célibataire du salarié ou du conjoint assuré est assurable dès la naissance (à condition qu'il soit né viable), y compris :

1. tout enfant naturel, tout enfant adopté et tout enfant d'un autre lit; et
2. tout enfant dont le salarié ou le conjoint assuré est, à tous égards, le tuteur en exécution de l'ordonnance d'un tribunal compétent.

L'enfant de moins de 21 ans ne doit pas travailler plus de 30 heures par semaine, à moins qu'il ne soit étudiant à plein temps.

Tout enfant âgé de 21 ans ou plus doit répondre à l'une ou l'autre des deux conditions ci-dessous :

1. il doit être âgé de moins de 26 ans et être étudiant à plein temps, ou
2. il doit être handicapé et son incapacité, subsistant de façon continue, doit avoir commencé :
 - a) avant l'âge de 21 ans, ou
 - b) alors qu'il étudiait à plein temps, avant l'âge de 26 ans.

Tout enfant du conjoint assuré est assurable uniquement dans les cas suivants :

1. lorsque l'enfant est aussi l'enfant du salarié; ou
2. lorsque le conjoint habite avec le salarié et a la garde de l'enfant.

L'enfant dont le salarié ou le conjoint assuré est le tuteur n'est pas assurable, sauf si :

1. la Great-West a reçu une preuve satisfaisante attestant que la tutelle de l'enfant a été confiée au salarié ou à son conjoint, et si
2. le conjoint assuré habite avec le salarié, dans le cas où il est le tuteur.

DISPOSITIONS TOUCHANT L'ASSURANCE

- Étudiant
Tout enfant est réputé être un étudiant à plein temps s'il a été inscrit dans une école élémentaire, une école secondaire, une université ou tout autre établissement d'enseignement similaire pendant au moins 15 heures par semaine à tout moment au cours des six derniers mois.

Tout enfant perd la qualité d'étudiant à plein temps s'il est rémunéré pour fréquenter un établissement d'enseignement.
- Enfant handicapé
Tout enfant est réputé être handicapé s'il est incapable de subvenir à ses besoins pour cause de troubles physiques ou psychiques.

DISPOSITIONS TOUCHANT L'ASSURANCE

DATE D'EFFET DE L'ASSURANCE

L'assurance prend effet à la date indiquée pour chaque cas déterminé ci-dessous, à condition que le salarié soit alors en activité de service.

1. L'assurance subordonnée à la clause relative à la sélection des risques prend effet à la date d'approbation par écrit de la demande du salarié.
2. L'assurance non visée ci-dessus prend effet à la dernière des dates suivantes : la date à laquelle le salarié y devient admissible ou la date à laquelle il présente une demande en ce sens.

L'assurance est subordonnée à la clause relative à la sélection des risques dans les cas suivants :

1. le salarié n'a pas présenté sa demande dans le délai de 31 jours après la date de son admissibilité;
2. l'assurance demandée dépasse le maximum sans justification d'assurabilité.

- Exonération de la sélection des risques

Si le salarié participait au régime précédent offert par l'employeur, qu'il est devenu admissible au présent régime à la date d'effet et qu'il a présenté sa demande dans les 31 jours de la date d'effet, la clause relative à la sélection des risques ne s'applique pas à toute tranche d'assurance-vie ou d'assurance invalidité de longue durée inférieure ou égale au montant de la couverture du salarié aux termes du régime précédent.

Modifications apportées à l'assurance

Toute modification à l'assurance prend effet à la date de la modification, compte tenu des dispositions ci-dessous.

1. Toute augmentation de l'assurance et tout ajout de nouvelles garanties ne prennent effet que si le salarié est en activité de service. De plus, toute augmentation de l'assurance est subordonnée à la clause relative à la sélection des risques :

DISPOSITIONS TOUCHANT L'ASSURANCE

- a) si l'assurance demandée dépasse le maximum sans justification d'assurabilité; ou
 - b) si le salarié a dans le passé présenté une demande d'assurance d'un montant supérieur au maximum sans justification d'assurabilité qui a été refusée.
2. Toute augmentation de l'assurance-maladie supplémentaire et tout ajout de nouvelles garanties de l'assurance-maladie supplémentaire à l'égard d'une personne à charge hospitalisée ne prennent effet qu'à la date à laquelle cette personne obtient son congé de l'hôpital.
 3. Aucune modification de l'assurance invalidité ne prend effet durant une période d'invalidité.
 4. Aucune modification des dispositions relatives à l'assurance-vie ne prend effet durant une période d'invalidité qui fait l'objet d'une exonération des primes.

Obligation d'être en activité de service

Le salarié est réputé être en activité de service :

1. s'il ne souffre pas d'invalidité (selon la définition donnée de ce terme dans la garantie en cas d'invalidité de courte durée de la présente police), et
2. s'il remplit l'une ou l'autre des conditions ci-dessous :
 - a) il est effectivement à son poste au lieu de travail habituel de l'employeur ou à tout autre endroit où son travail pour l'employeur l'appelle, ou
 - b) il est absent du travail pour l'une des raisons suivantes : vacances, fin de semaine, congé légal ou congé entre les périodes de travail par quarts.

DISPOSITIONS TOUCHANT L'ASSURANCE

Clause relative à la sélection des risques

Le salarié qui désire bénéficier de l'assurance subordonnée à la présente clause doit faire une demande en ce sens et fournir à la Great-West tout renseignement nécessaire à l'évaluation de sa demande. Cette dernière évaluera alors la demande du salarié selon ses critères en matière de sélection des risques et l'approuvera si la demande répond à ces critères.

- Offre conditionnelle

Si la demande d'assurance invalidité de longue durée du salarié est refusée, la Great-West peut lui accorder une protection d'assurance moyennant certaines conditions.

- Restrictions touchant la couverture des soins dentaires

Les demandes d'assurance dentaire présentées tardivement ne sont pas assujetties aux critères habituels en matière de sélection des risques. La protection durant les 12 premiers mois d'assurance est plutôt limitée :

1. aux frais engagés par suite d'une blessure accidentelle aux dents; et
2. aux frais de soins ordinaires couverts, jusqu'à concurrence de 100 \$ par personne.

Aucune prestation n'est payable en remboursement de frais de soins extraordinaires durant les 12 premiers mois d'assurance, sauf s'il s'agit de soins nécessaires par suite d'une blessure accidentelle aux dents.

DISPOSITIONS TOUCHANT L'ASSURANCE

EXPIRATION DE L'ASSURANCE

La présente disposition traite des modalités d'expiration de l'assurance.

Assurance du salarié

L'assurance du salarié prend fin à la première des dates ci-dessous.

1. Date d'expiration de la présente police.
2. Date d'échéance de la première prime pour laquelle le salarié n'a pas payé la cotisation exigée en contrepartie de son assurance personnelle.
3. Date à laquelle le salarié cesse d'appartenir à une classe de salariés admissibles.
4. Date à laquelle le salarié cesse de répondre à la définition de salarié assurable.
5. Date à laquelle le salarié n'est plus réputé être en activité de service. Toutefois, s'il n'est pas au travail du fait d'une maladie, d'une blessure, d'une mise à pied temporaire ou d'un congé autorisé, son assurance est prolongée jusqu'à la première des dates ci-dessous.
 - a) Date à laquelle l'employeur cesse de payer les primes ou détermine que l'assurance a pris fin, date devant être fixée de la même façon à l'égard de tous les salariés dans la même situation.
 - b) Date à laquelle le salarié commence à occuper un autre emploi de plus de 20 heures par semaine, sauf si c'est dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé.

DISPOSITIONS TOUCHANT L'ASSURANCE

- Dans le cas d'une maladie ou d'une blessure
 - assurance-vie pour les salariés de moins de 65 ans
 - assurance-vie pour les salariés de 65 ans et plus
- c) Dans le cas d'une maladie ou d'une blessure :
 - A. dans le cas d'un salarié de moins de 65 ans qui est :
 - (i) admissible à la garantie d'exonération des primes aux termes de la présente police, la fin de la période d'invalidité visée par l'exonération des primes; ou
 - (ii) non admissible à la garantie d'exonération des primes aux termes de la présente police, la date déterminée selon les modalités de l'article a) ou b) ou la date à laquelle il atteint l'âge de 65 ans, selon la première éventualité.
 - B. dans le cas d'un salarié de 65 ans et plus qui est :
 - (i) admissible à la rente d'invalidité de courte durée prévue par la Police ou à des prestations aux termes du régime ICD offert par l'employeur et administré par la Great-West, la date à laquelle le salarié cesse d'avoir droit à des prestations pour la première fois; ou

DISPOSITIONS TOUCHANT L'ASSURANCE

- Assurance invalidité de longue durée
 - (ii) non admissible à la rente d'invalidité de courte durée prévue par la Police ou à des prestations aux termes du régime ICD offert par l'employeur et administré par la Great-West, la date déterminée selon les modalités de l'article a) ou b) ou la fin du sixième mois suivant la date à laquelle il a cessé d'être en activité de service pour cause de maladie ou de blessure, selon la première éventualité.
- C. pour ce qui est de l'assurance invalidité de longue durée :
 - i) dans le cas d'une maladie ou d'une blessure invalidante, la date à laquelle le salarié cesse d'avoir droit à des prestations pour la première fois;
 - ii) dans le cas d'une maladie ou d'une blessure pour laquelle le salarié n'a pas droit à des prestations aux termes de la présente police, 31 jours après l'expiration de la période d'attente.

DISPOSITIONS TOUCHANT L'ASSURANCE

- Autres garanties
- D. pour ce qui est de toutes les autres garanties, dans le cas d'une maladie ou d'une blessure invalidante, la fin de la période d'invalidité. Il n'y a aucun prolongement de l'assurance à l'égard d'une maladie ou d'une blessure non invalidante.
- Le salarié est réputé souffrir d'invalidité aux termes de la présente disposition pendant toute période au cours de laquelle son état de santé répond à la définition d'invalidité aux termes de la garantie Assurance invalidité de courte durée de la présente police.
- Dans le cas d'une mise à pied ou d'un congé autorisé autre qu'un congé de maternité ou un congé parental
 - d) Dans le cas d'une mise à pied temporaire ou d'un congé autorisé autre qu'un congé de maternité ou un congé parental :
 - A. 31 jours après le départ du salarié, pour ce qui est de l'assurance invalidité; et
 - B. 6 mois après le départ du salarié, pour ce qui est de toutes les autres garanties.
- Si l'employeur est tenu par la loi de garantir l'assurance passé toute date d'expiration prévue ci-dessus, la Great-West maintient la protection jusqu'à la fin de la période prescrite par la loi.
- Dans le cas d'un congé de maternité ou d'un congé parental
 - e) Dans le cas d'un congé de maternité ou d'un congé parental, la fin du congé.

DISPOSITIONS TOUCHANT L'ASSURANCE

Assurance des personnes à la charge du salarié

L'assurance des personnes à la charge du salarié prend fin à la première des dates ci-dessous.

1. Date d'expiration de l'assurance du salarié.
2. Date d'échéance de la première prime pour laquelle le salarié a omis de verser la cotisation exigée en contrepartie de l'assurance garantie à ses personnes à charge.
3. Date à laquelle le salarié cesse de faire partie d'une classe autorisée à souscrire l'assurance des personnes à charge.
4. Date à laquelle la personne à charge cesse de répondre à la définition de personne à charge assurable.
5. En ce qui concerne le conjoint, le jour précédant la date d'effet d'une modification de la désignation de conjoint en faveur d'un nouveau conjoint.

Expiration de l'assurance-vie pendant la période d'invalidité

En aucun cas, l'assurance-vie ne peut expirer durant toute période au cours de laquelle le salarié est exonéré des primes, ni durant toute période au cours de laquelle le salarié, souffrant d'invalidité selon la définition qui est donnée de ce terme dans la disposition relative à l'exonération des primes, satisfait à la période d'attente en cas d'exonération des primes.

DISPOSITIONS TOUCHANT L'ASSURANCE

PROLONGATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS EN CAS D'INVALIDITÉ

- Assurance-maladie
supplémentaire

Le versement des prestations d'assurance-maladie supplémentaire prévues à l'égard du salarié et de ses personnes à charge assurées (sauf celles qui sont payables en remboursement de frais de médicaments sur ordonnance engagés au Canada) se poursuivra si le salarié est invalide à la date d'expiration de son assurance. Si le salarié ne souffre pas d'invalidité à la date d'expiration de la protection couvrant ses personnes à charge, le versement des prestations prévues en remboursement de frais d'hospitalisation et de frais de soins infirmiers se poursuit à l'égard de la personne à charge, à condition qu'elle soit hospitalisée ou qu'elle reçoive des soins infirmiers à la date d'expiration de sa protection.

Aucune prestation n'est payable en remboursement de frais de médicaments sur ordonnance engagés au Canada passé l'expiration de l'assurance.
- Assurance invalidité

Le salarié continue de recevoir des prestations d'invalidité s'il est invalide à la date d'expiration de son assurance.
- Autres garanties

Le versement des prestations prévues au titre de l'assurance Mort ou mutilation accidentelles et sinistres particuliers et de l'assurance dentaire ne se poursuit pas après l'expiration de l'assurance, sauf tel qu'il est prévu à la clause relative aux blessures accidentelles. Aucune prestation n'est versée aux termes de l'assurance-vie après l'expiration de l'assurance, sauf conformément à la clause relative au droit de transformation de l'assurance-vie.

DISPOSITIONS TOUCHANT L'ASSURANCE

Invalidité

Le salarié est réputé souffrir d'invalidité en ce qui a trait à toutes les garanties sauf à l'assurance invalidité de longue durée si son état répond à la définition de l'invalidité qui est donnée dans la garantie Assurance invalidité de courte durée de la présente police. Il est réputé souffrir d'invalidité en ce qui a trait à l'assurance invalidité de longue durée si son état répond à la définition de l'invalidité qui est donnée dans la garantie Assurance invalidité de longue durée de la présente police.

Période de service

Le versement des prestations d'invalidité se poursuit jusqu'à la fin de la période d'invalidité. Le versement des prestations de l'assurance-maladie supplémentaire se poursuit jusqu'à la première des dates ci-dessous :

1. la date d'expiration de la période d'invalidité ou, s'il y a prolongation du versement des prestations prévues en remboursement de frais d'hospitalisation ou de frais de soins infirmiers à l'égard d'une personne à la charge d'un salarié non invalide, la date marquant la fin de l'hospitalisation ou la date à laquelle la personne à charge cesse de requérir les soins d'un infirmier professionnel;
2. la date tombant six mois après l'expiration de l'assurance; ou
3. la date à laquelle le salarié ou la personne à charge devient admissible à la protection d'un autre régime.

Montant maximum payable

Lorsqu'il y a prolongation du versement des prestations, le montant maximum payable se limite au montant des prestations qui auraient été versées si l'assurance était restée en vigueur.

DISPOSITIONS TOUCHANT L'ASSURANCE

PROLONGATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS EN CAS DE BLESSURE ACCIDENTELLE

- Assurance Mort ou mutilation accidentelles et sinistres particuliers
Les prestations prévues au titre de l'assurance Mort ou mutilation accidentelles et sinistres particuliers sont payables relativement à tout sinistre couvert mais subi passé l'expiration de l'assurance si l'accident dont résulte le sinistre s'est produit pendant que l'assurance était en vigueur.

- Assurance dentaire
Le versement des prestations d'assurance dentaire prévues à l'égard du salarié et de ses personnes à charge assurées se poursuivra passé l'expiration de l'assurance, si celle-ci est consécutive à l'expiration de la présente police. En pareil cas, les prestations sont limitées à celles qui auraient été payables en remboursement des frais engagés pour le traitement de blessures accidentelles aux dents naturelles saines si l'assurance était restée en vigueur. Aucune prestation n'est payable en remboursement de frais engagés pour le traitement de blessures accidentelles aux dents, si l'accident se produit passé l'expiration de l'assurance.

DISPOSITIONS TOUCHANT L'ASSURANCE

PRESTATIONS D'ASSURANCE-MALADIE AUX SURVIVANTS

Si le salarié décède pendant que ses personnes à charge sont assurées aux termes de l'assurance-maladie supplémentaire et de l'assurance dentaire de la présente police, l'assurance-maladie supplémentaire et l'assurance dentaire demeurent en vigueur jusqu'à la première des dates ci-dessous :

1. la date à laquelle les personnes à charge cessent de répondre à la définition de personnes à charge assurables; ou
2. la date tombant deux ans après le décès du salarié.

Tout enfant du salarié qui ne naît qu'après le décès du salarié est considéré comme une personne à charge assurable.

Versement des prestations

Les prestations de survie sont versées au conjoint survivant. En l'absence de conjoint survivant, les prestations sont versées comme suit :

1. directement à tout enfant ayant atteint l'âge de la majorité; et
2. au tuteur légal de tout enfant mineur.

Prolongation du versement des prestations

Les dispositions de la présente police relatives à la prolongation des prestations s'appliquent également à toute protection qui prendrait fin aux termes de la garantie prévoyant des prestations de survie.

DISPOSITIONS TOUCHANT L'ASSURANCE

REMISE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE

L'assurance est remise en vigueur d'office :

1. lorsque l'expiration est consécutive à une maladie, une blessure, un congé autorisé ou une mise à pied temporaire, et
2. que le salarié reprend le travail dans un délai de six mois suivant l'expiration de l'assurance, ou dans le délai au cours duquel l'employeur est tenu, par la loi, de remettre l'assurance en vigueur.

Si le salarié n'a pas droit à la remise en vigueur d'office, il est considéré comme nouvellement embauché. Toutefois, si l'assurance a pris fin du fait que le salarié a omis de verser la cotisation exigible, la remise en vigueur sera subordonnée à la clause relative à la sélection des risques.

DISPOSITIONS TOUCHANT L'ASSURANCE

DROIT DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE-VIE À L'ÉGARD DES SALARIÉS DU QUÉBEC

Une police individuelle d'assurance-vie peut être demandée à l'égard d'un salarié, d'un conjoint ou d'un enfant s'ils répondent aux conditions énoncées ci-dessous, et ce, sans justification d'assurabilité :

- Conditions

1. Une partie ou la totalité de l'assurance-vie de l'intéressé aux termes de la présente police prend fin au 65^e anniversaire du salarié ou avant; ou
2. Une partie ou la totalité de l'assurance-vie de l'intéressé aux termes de la présente police prend fin en raison :
 - a) de la résiliation sans remplacement de la présente police; ou
 - b) du remplacement de la présente police alors que la police de remplacement offre un montant d'assurance-vie inférieur; et
3. Pour toutes ces conditions, l'intéressé fait une demande de police individuelle par écrit et acquitte la première prime exigible dans le délai de 31 jours après l'expiration de l'assurance, après la réduction de la protection, ou après la résiliation ou le remplacement de la présente police. Pour ce qui concerne l'assurance du conjoint ou d'un enfant, la demande peut être présentée par le salarié ou le conjoint.

- Exceptions

Ce droit de transformation n'est pas offert si l'assurance prend fin en raison des restrictions quant à l'âge du salarié.

Ce droit de transformation n'est pas offert aux non-résidents du Canada.

- Type de police

La police individuelle doit être l'une des polices d'assurance-vie de transformation habituellement offertes par la Great-West ou par une de ses sociétés affiliées. La police individuelle ne donne pas droit à des prestations par suite d'invalidité ou de décès accidentel.

DISPOSITIONS TOUCHANT L'ASSURANCE

- options de la police individuelle d'assurance-vie
 - Les options suivantes s'offrent au salarié, au conjoint ou à l'enfant, et ce, sans justification d'assurabilité :
 1. Assurance-vie individuelle, temporaire ou permanente, offrant une protection comparable à celle offerte aux termes de la présente police, autant quant au montant et à la terminaison; ou
 2. Assurance-vie individuelle pour une année, offrant une protection comparable à celle offerte aux termes de la présente police, mais qui peut faire l'objet d'une transformation à l'expiration, au choix du titulaire, en une assurance telle que décrite au point 1 ci-dessus.
- Prime
 - Pour la première année, la prime des polices décrites au point 1 ci-dessus ne peut excéder la prime pour une police temporaire d'un an.
- Montant du salarié
 - Le montant maximum de la police individuelle du salarié correspond au moindre d'entre :
 1. Le montant total de l'assurance-vie expirée aux termes de la police collective à la date de la transformation ou, dans le cas d'un remplacement, le montant de l'assurance expirée moins le montant de l'assurance-vie temporaire auquel il a droit aux termes de toute police collective à laquelle il devient admissible dans le délai de transformation de 31 jours prévu, et
 2. 400 000 \$.

Le montant minimum pouvant être transformé sur la tête du salarié est 10 000 \$.

DISPOSITIONS TOUCHANT L'ASSURANCE

- Montant du conjoint et de l'enfant
Le montant d'assurance-vie pouvant être transformé à l'égard du conjoint ou d'un enfant doit être d'un minimum de 5 000 \$ chacun, sans excéder le montant de l'assurance prévu sur leur tête à la date de la transformation aux termes de la police collective, moins le montant de l'assurance-vie temporaire auquel la personne a droit aux termes de toute police collective à laquelle elle devient admissible dans le délai de transformation de 31 jours prévu.
- Date d'effet de la police transformée
La police individuelle prend effet à la fin de la période de 31 jours pendant laquelle la transformation peut être effectuée.
- Prolongation de l'assurance
Si la personne décède au cours de la période de 31 jours pendant laquelle elle peut demander la transformation de son assurance-vie, le montant total de l'assurance-vie expirée est payable aux termes de la clause Capital-décès des dispositions d'assurance-vie de la présente police tout comme si le décès était survenu pendant que l'assurance était encore en vigueur.
- Résiliation de l'assurance individuelle
Si le salarié est exonéré du paiement des primes de l'assurance-vie aux termes de la présente police après qu'une police individuelle a été établie en transformation de l'assurance-vie collective du salarié, de son conjoint ou de son enfant, la police individuelle d'assurance-vie est résiliée et les primes acquittées sont remboursées au salarié.

DISPOSITIONS TOUCHANT L'ASSURANCE

DROIT DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE-VIE À L'ÉGARD DE TOUS LES AUTRES SALARIÉS

Une police individuelle d'assurance-vie peut être demandée à l'égard d'un salarié ou d'un conjoint, s'ils répondent aux conditions énoncées ci-dessous, et ce, sans justification d'assurabilité :

- Conditions

1. Une partie ou la totalité de l'assurance-vie de l'intéressé aux termes de la présente police prend fin à son 65^e anniversaire ou avant; et
2. L'intéressé fait une demande de police individuelle par écrit et acquitte la première prime exigible dans le délai de 31 jours suivant l'expiration de l'assurance. Pour ce qui concerne l'assurance du conjoint, la demande peut être présentée par le salarié ou le conjoint.

- Exceptions

Ce droit de transformation n'est pas offert si l'assurance prend fin en raison des restrictions quant à l'âge.

De même, le conjoint ne peut se prévaloir du droit de transformation si son assurance prend fin pour l'une des raisons suivantes :

1. Il cesse de répondre à la définition de conjoint assurable, ou
2. Le salarié modifie sa désignation de conjoint en faveur d'un nouveau conjoint.

Ce droit de transformation n'est pas offert aux non-résidents du Canada.

- Type de police

La police individuelle doit être l'une des polices d'assurance-vie de transformation habituellement offertes par la Great-West ou par une de ses sociétés affiliées. La police individuelle ne donne pas droit à des prestations par suite d'invalidité ou de décès accidentel.

- Prime

La prime de la police individuelle sera basée sur les taux d'assurance individuelle actuellement en vigueur.

DISPOSITIONS TOUCHANT L'ASSURANCE

- Montant

Le montant maximum de la police individuelle correspond au moindre d'entre :

 1. Le montant total de l'assurance-vie expirée aux termes de la police collective à la date de la transformation moins le montant de l'assurance-vie temporaire auquel l'intéressé a droit aux termes de toute police collective à laquelle il devient admissible dans le délai de transformation de 31 jours prévu, et
 2. 200 000 \$.

Il s'agit du montant maximum pouvant être transformé aux termes de tous les régimes d'assurance-vie collective établis par la Great-West à l'intention de l'employeur.

L'intéressé 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 pour le type de police demandée.
- Date d'effet de la police transformée

La police individuelle prend effet à la fin de la période de 31 jours pendant laquelle la transformation peut être effectuée.
- Prolongation de l'assurance

Si l'intéressé décède au cours de la période de 31 jours pendant laquelle il peut demander la transformation de son assurance-vie, le moindre entre les montants suivants est payable aux termes de la clause relative au capital-décès de l'assurance-vie de la présente police tout comme si le décès était survenu pendant que l'assurance était encore en vigueur :

 1. le montant total de l'assurance-vie expirée; et
 2. 200 000 \$.

DISPOSITIONS TOUCHANT L'ASSURANCE

- Résiliation de l'assurance individuelle

Si le salarié est exonéré du paiement des primes de l'assurance-vie aux termes de la présente police après qu'une police individuelle a été établie en transformation de son assurance-vie collective ou de celle de son conjoint, la police individuelle d'assurance-vie est résiliée et les primes acquittées sont remboursées au salarié.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES

ASSURANCE-VIE

CAPITAL-DÉCÈS

Si le salarié décède pendant qu'il est assuré aux termes des présentes, la Great-West verse au bénéficiaire désigné le montant de l'assurance-vie prévu sur sa tête. Si le salarié n'a pas désigné de bénéficiaire ou en l'absence de bénéficiaire survivant au moment du décès du salarié, le capital-décès est versé à la succession du salarié.

Si une personne à la charge du salarié décède pendant qu'elle est assurée aux termes des présentes, la Great-West verse au salarié le montant d'assurance prévu sur sa tête.

Les montants de l'assurance-vie sont indiqués au Tableau des prestations.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - Vie

GARANTIE D'EXONÉRATION DES PRIMES

Si le salarié est frappé d'invalidité pendant qu'il est assuré aux termes des présentes, la Great-West l'exonère du paiement des primes exigibles en contrepartie de son assurance-vie et de l'assurance-vie de ses personnes à charge durant la période d'indemnisation, sous réserve des dispositions de la clause intitulée Déclaration de sinistre.

Invalidité

Le salarié est réputé souffrir d'invalidité si son état de santé répond à la définition de l'invalidité aux termes de la garantie Assurance invalidité de longue durée de la présente police.

Période d'invalidité

La période d'invalidité ouvrant droit à exonération des primes est constituée de :

1. la période d'attente, et de
2. la période d'indemnisation.

Période d'attente

La période d'attente à satisfaire aux termes de l'assurance-vie est la même qu'aux termes de l'assurance invalidité de longue durée de la présente police.

Période d'indemnisation

La période d'indemnisation est définie comme la période consécutive à la période d'attente pendant laquelle l'état de santé du salarié répond à la définition de l'invalidité aux termes de la garantie Assurance invalidité de longue durée de la présente police. La période d'indemnisation ne se poursuit jamais au-delà du 65^e anniversaire du salarié.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES

ASSURANCE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES ET SINISTRES PARTICULIERS

ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ

C'est à la Great-West qu'il incombe de déterminer l'admissibilité aux prestations.

PRESTATIONS EN CAS DE MORT OU DE MUTILATION ACCIDENTELLES ET DE SINISTRES PARTICULIERS

Si le salarié est blessé au cours d'un accident qui survient pendant qu'il est assuré, et que ses blessures entraînent un sinistre couvert, la Great-West lui versera une prestation forfaitaire, s'il est vivant, sinon au bénéficiaire désigné. Si le salarié n'a pas désigné de bénéficiaire ou en l'absence de bénéficiaire survivant au moment du décès du salarié, le paiement est versé à la succession du salarié.

Sinistre couvert

Toute perte indiquée au Tableau des sinistres est réputée constituer un sinistre couvert :

1. si elle résulte directement des blessures subies, indépendamment de toute autre cause;
2. si elle survient dans l'année suivant l'accident; et
3. dans le cas de perte de l'usage, si elle dure au moins un an.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MMA

Montant payable

Le montant payable correspond au capital assuré ou au multiple ou à la fraction de celui-ci figurant en regard de la perte en question au Tableau des sinistres. Le capital assuré est égal au montant indiqué au Tableau des prestations. Le montant maximum payable en compensation de tous les sinistres couverts attribuables à un même accident ne doit pas dépasser le montant du capital assuré.

Si une personne subit de multiples sinistres sur un même membre attribuables à un même accident, seulement le sinistre offrant la prestation la plus élevée sera payé.

- Exception en cas de paraplégie, d'hémiplégie ou de quadriplégie

En cas de paraplégie, d'hémiplégie ou de quadriplégie, le montant maximum payable en compensation de tous les sinistres couverts attribuables à un même accident correspond à deux fois le capital assuré.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MMA

Tableau des sinistres	<u>Perte</u>	<u>Montant payable</u>
	En cas de perte :	
	de la vie	le capital assuré
	des deux mains	le capital assuré
	des deux pieds	le capital assuré
	de la vision des deux yeux	le capital assuré
	d'une main et d'un pied	le capital assuré
	d'une main et de la vision d'un oeil	le capital assuré
	d'un pied et de la vision d'un oeil	le capital assuré
	de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	le capital assuré
	d'un bras	3/4 du cap. ass.
	d'une jambe	3/4 du cap. ass.
	d'une main	1/2 du cap. ass.
	d'un pied	1/2 du cap. ass.
	de la vision d'un oeil	1/2 du cap. ass.
	de la parole	1/2 du cap. ass.
	de l'ouïe des deux oreilles	1/2 du cap. ass.
	du pouce et de l'index	1/4 du cap. ass.
	de quatre doigts de la main	1/4 du cap. ass.
	de tous les orteils d'un pied	1/8 du cap. ass.
	En cas de perte de l'usage :	
	des deux bras et des deux jambes (quadruplégie)	2 X le capital assuré
	des deux jambes (paraplégie)	2 X le capital assuré
	d'un bras et d'une jambe du même côté du corps (hémiplégie)	2 X le capital assuré
	d'un bras et d'une jambe des côtés opposés du corps	le capital assuré
	des deux bras	le capital assuré
	des deux mains	le capital assuré
	d'une main et d'une jambe	le capital assuré
	d'un bras	3/4 du cap. ass.
	d'une jambe	3/4 du cap. ass.
	d'une main	1/2 du cap. ass.

**Dispos. contractuelles - Maladie
Mort ou mutilation accidentelles**

D-MMA 3

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MMA

Il est stipulé, relativement au Tableau des sinistres, ce qui suit.

- Perte par mutilation
 - 1. On entend par « perte par mutilation » :
 - a) dans le cas des mains et des pieds, une mutilation consistant en la section complète de la main ou du pied au niveau des articulations du poignet ou de la cheville ou au-dessus;
 - b) dans le cas des bras et des jambes, une mutilation consistant en la section complète du membre au niveau des articulations du coude ou du genou ou au-dessus;
 - c) dans le cas du pouce et du gros orteil, une mutilation consistant en la section complète d'une phalange; et
 - d) dans le cas des autres doigts et orteils, une mutilation consistant en la section complète de deux phalanges.

- Réimplantation
 - Un montant égal à 50 % de la prestation prévue en cas de perte par mutilation est versé s'il y a réimplantation d'une partie du corps, peu importe l'usage qui en est recouvré. L'autre moitié de la prestation est versée si la réimplantation ne réussit pas et que la partie du corps réimplantée est enlevée dans l'année qui suit la réimplantation.

- Perte de la vision, de la parole ou de l'ouïe
 - 2. Dans le cas de la vision, de la parole et de l'ouïe, on entend par « perte » l'impossibilité de recouvrer la faculté atteinte par intervention chirurgicale ou par tout autre moyen.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MMA

- Perte de l'usage
- 3. Par « perte de l'usage » on entend l'incapacité totale et irrémédiable d'exécuter tous les mouvements et tous les gestes du bras, de la jambe ou de la main qui étaient possibles avant l'accident, usage impossible à recouvrer par intervention chirurgicale ou par tout autre moyen. Aucune prestation n'est prévue relativement à la perte de l'usage si des sommes sont payables ou versées pour la perte par mutilation du même bras, de la même jambe ou de la même main par suite du même accident.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MMA

TRANSPORT DU CORPS

Lorsque la présente garantie prévoit le versement de prestations en cas de décès d'un assuré à au moins 150 kilomètres de son lieu de résidence, la Great-West paie pour la préparation et le transport du corps jusqu'à l'endroit de l'inhumation ou de la crémation. Le montant payable correspond aux frais réellement engagés après déduction des sommes versées pour les mêmes frais aux termes de la garantie Assistance médicale globale de la présente police. Le montant maximum payable aux termes de la présente clause ne peut excéder 2 500 \$.

ALLOCATION POUR ÉTUDES À L'ÉGARD DES ENFANTS À CHARGE

Lorsque la présente garantie prévoit le versement de prestations en cas de décès d'un salarié, la Great-West rembourse les frais de scolarité engagés par un enfant à charge pour fréquenter à plein temps un établissement d'enseignement postsecondaire. L'enfant à charge n'est admissible à cette allocation pour études que s'il remplit l'une des conditions suivantes.

1. Il était inscrit à titre d'étudiant à plein temps dans un établissement d'enseignement postsecondaire au moment où est survenu l'accident qui a causé le décès du salarié.
2. Il était inscrit à titre d'étudiant à plein temps dans une école secondaire au moment où est survenu l'accident qui a causé le décès du salarié et il s'inscrit à titre d'étudiant à plein temps dans un établissement d'enseignement postsecondaire dans les 365 jours de cet accident.

Le montant maximum payable aux termes de la présente clause pour chaque année d'études dans un établissement d'enseignement postsecondaire est le moindre des montants suivants :

1. 5 % du capital assuré; et
2. 5 000 \$

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MMA

La Great-West verse l'allocation pour études chaque année pendant au plus quatre années consécutives sur réception de la preuve de l'inscription à plein temps de l'enfant en question.

- Étudiant à plein temps
Tout enfant est réputé être un étudiant à plein temps s'il est inscrit dans un établissement d'enseignement pendant au moins 15 heures par semaine.
- Établissement d'enseignement postsecondaire
« Établissement d'enseignement postsecondaire » désigne toute université, toute école d'enseignement générale et professionnelle, toute école de métiers, tout collège communautaire ou tout collège privé agréés et offrant des cours de niveau supérieur au secondaire.
- Restrictions
Aucune prestation n'est versée à l'égard des frais suivants.
 1. Frais de scolarité engagés avant l'accident qui a causé le décès du salarié.
 2. Frais de logement ou autres frais de subsistance, frais de déplacement ou dépenses d'habillement.

FRAIS DE TRANSPORT ENGAGÉS PAR LA FAMILLE

Si la personne couverte est hospitalisée à plus de 150 kilomètres de son lieu de résidence par suite d'une perte couverte à l'égard de laquelle des prestations sont prévues en vertu de la présente garantie, la Great-West paie les frais de transport d'un membre de la famille afin qu'il puisse la rejoindre, ainsi que les frais d'hébergement de cette personne. Le montant payable correspond aux frais réellement déboursés, réduits de tout montant versé à l'égard des mêmes dépenses aux termes de la garantie Assistance médicale globale de la police. Le montant maximum payable aux termes de la présente clause ne peut excéder 2 000 \$.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MMA

- Restriction quant à l'étendue de la garantie
Le remboursement pour frais d'hébergement se limite aux frais exigibles dans un hôtel jugé de confort moyen dans la région où la personne couverte est hospitalisée. Les appels téléphoniques ainsi que les courses en taxi et les coûts de location de voiture sont également couverts. Le prix des repas n'est cependant pas remboursable.

Le remboursement pour frais de transport se limite au coût d'un billet aller-retour, tarif classe économique. Si un véhicule privé est utilisé, le remboursement se limite à 0,44 \$ par kilomètre parcouru.

FORMATION PROFESSIONNELLE DU CONJOINT

Lorsque la présente garantie prévoit le versement de prestations en cas de décès d'un salarié, la Great-West rembourse les frais engagés par le conjoint du salarié pour participer à un programme de formation professionnelle reconnu. Le programme de formation doit avoir pour but de donner au conjoint les compétences minimales nécessaires pour exercer une profession qu'il n'aurait pu exercer autrement. Le montant maximum payable aux termes de la présente clause est le moindre des montants suivants :

1. 10 % du capital assuré; et
2. 10 000 \$.

- Restrictions
Aucune prestation n'est versée à l'égard des frais suivants.
 1. Frais engagés plus de trois ans après l'accident qui a causé le décès du salarié.
 2. Frais de logement ou autres frais de subsistance, frais de déplacement ou dépenses d'habillement.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MMA

ALLOCATION POUR ÉTUDES

Lorsque la présente garantie prévoit le versement de prestations relativement à une perte qui oblige la personne à changer de profession, la Great-West rembourse les frais de scolarité qu'engage cette personne pour fréquenter, comme étudiant, un établissement d'enseignement postsecondaire en vue d'y recevoir une formation dans une nouvelle profession. Pour être admissible à l'allocation pour études, la personne doit s'inscrire dans un établissement d'enseignement postsecondaire dans les 365 jours suivant la date de l'accident. Le montant maximum payable aux termes de la présente clause ne peut excéder 10 000 \$.

- Établissement d'enseignement postsecondaire

« Établissement d'enseignement postsecondaire » désigne toute université, toute école d'enseignement général et professionnel, toute école de métiers, tout collège communautaire ou tout collège privé agréés et offrant des cours de niveau supérieur au secondaire.

- Restrictions

Aucune prestation n'est versée à l'égard des frais suivants.

1. Frais de scolarité engagés avant la date de l'accident.
2. Frais engagés plus de deux ans après la date de l'accident ayant causé la perte.
3. Frais de logement ou autres frais de subsistance, frais de déplacement ou dépenses d'habillement.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MMA

ALLOCATION POUR FAUTEUIL ROULANT

Si aux termes de la présente disposition contractuelle des prestations sont payables pour une perte attribuable à une blessure et que par suite d'une telle blessure, l'assuré doit se servir d'un fauteuil roulant pour se déplacer, la Great-West rembourse les frais engagés pour :

1. les modifications apportées à la résidence principale de l'assuré afin qu'il puisse y accéder et s'y déplacer en fauteuil roulant; et
2. les modifications apportées au véhicule automobile de l'assuré afin qu'il puisse y monter et en descendre ou le conduire.

L'allocation pour les modifications apportées à la maison est payable uniquement si la ou les personnes faisant les modifications :

1. est spécialisée dans ce genre de travaux; et
2. si elle a été recommandée par un organisme reconnu garantissant des services d'aide et de soutien aux personnes en fauteuil roulant.

L'allocation pour les modifications apportées au véhicule est payable uniquement si la ou les personnes faisant les modifications :

1. est spécialisée dans ce genre de travaux; et
2. si les modifications ont été approuvées par les autorités provinciales délivrant les permis des véhicules automobiles.

- Allocation maximum

Le montant payable correspond aux frais réellement engagés après déduction, le cas échéant, des sommes versées pour les mêmes frais aux termes de la garantie d'assurance-maladie supplémentaire de la présente police. Le montant maximum payable aux termes de la présente clause au titre de l'ensemble des frais engagés pour les modifications apportées à la résidence et au véhicule est fixé à 10 000 \$.

**Dispos. contractuelles - Maladie
Mort ou mutilation accidentelles**

D-MMA 10

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MMA

- Restrictions

Aucune allocation n'est versée relativement :

1. aux frais engagés plus de 365 jours après l'accident.
2. aux réparations subséquentes apportées à la résidence ou au véhicule de l'assuré après qu'une première demande d'allocation ait été faite aux termes de la présente disposition.

RESTRICTIONS GÉNÉRALES

Aucune prestation n'est payable si la perte résulte directement ou indirectement de l'un des cas suivants.

1. Suicide ou blessure volontaire, quel que soit l'état d'esprit de la personne, et que celle-ci soit en mesure de comprendre ou non la nature et les conséquences de ses actes.
2. Infection virale ou bactérienne (sauf s'il s'agit d'une infection pyogénique consécutive à une blessure accidentelle faisant l'objet d'une demande de règlement).
3. Toute forme d'affection ou d'infirmité.
4. Traitement médical ou chirurgical, sauf dans le cas de la réimplantation d'une partie du corps.
5. Service dans les forces armées d'un pays, quel qu'il soit, y compris le service temporaire ou à temps partiel.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MMA

6. Guerre, insurrection, ou participation volontaire à une émeute.
7. Accident d'aéronef, y compris au décollage ou à l'atterrissage, sauf si la personne voyage à titre de passager à bord d'un aéronef dûment immatriculé dont le pilote est titulaire du brevet valable pour l'appareil utilisé. En aucun cas il n'y a indemnisation si la personne subit le sinistre en voyageant à bord d'un appareil appartenant à l'employeur ou affrété par celui-ci ou encore en exerçant des fonctions en qualité de membre de l'équipage.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES

ASSURANCE-MALADIE SUPPLÉMENTAIRE - SALARIÉS ET PERSONNES À CHARGE

ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ

C'est à la Great-West qu'il incombe de déterminer l'admissibilité aux prestations.

BASE D'ÉVALUATION

Tous les soins, services et fournitures, y compris les médicaments et les fournitures de médicaments mais sans s'y limiter, couverts aux termes de la présente disposition contractuelle doivent constituer un traitement raisonnable et indiqué dans le cas d'une maladie ou d'une blessure données.

On entend par « maladie » des troubles physiques ou psychiques.

Traitement raisonnable

Un traitement est considéré comme raisonnable :

1. s'il est accepté par la profession médicale canadienne;
2. s'il est reconnu comme efficace; et
3. si sa nature, son intensité, sa fréquence et sa durée sont essentielles au diagnostic ou au contrôle d'une maladie ou d'une blessure données.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

Programme d'autorisation préalable

Afin de déterminer si certains soins, services ou fournitures sont couverts, la Great-West conserve une liste limitée de soins, services et fournitures qui nécessitent une autorisation préalable.

L'autorisation préalable permet de vérifier si des soins, des services ou des fournitures constituent un traitement raisonnable.

Si l'utilisation de soins, de services ou de fournitures moins chers représente un traitement raisonnable, la Great-West pourrait, avant d'accepter de couvrir les soins, les services ou les fournitures prescrits, exiger d'une personne qu'elle fournisse une preuve clinique justifiant le fait que les soins, les services ou les fournitures moins chers ne peuvent pas remplacer les soins, les services ou les fournitures prescrits.

Gestion des dossiers médicaux

La gestion des dossiers médicaux est un programme recommandé ou approuvé par la Great-West; elle peut notamment inclure ce qui suit :

1. un entretien avec la personne et son médecin traitant afin de comprendre le plan de traitement recommandé par ce dernier;
2. en collaboration avec le médecin traitant de la personne, la comparaison entre le plan de traitement recommandé et les autres possibilités qui pourraient constituer un traitement raisonnable, le cas échéant;
3. le signalement d'occasions d'information et de soutien au médecin traitant de la personne; et
4. la surveillance quant à l'adhésion de la personne au plan de traitement recommandé par son médecin traitant.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

Lors du processus de détermination relatif à la mise en place de la gestion des dossiers médicaux, la Great-West pourrait tenir compte de facteurs tels que le soin, le service ou la fourniture, l'état de santé de la personne et l'existence de protocoles généralement reconnus servant à mesurer de façon objective l'efficacité du plan de traitement recommandé par le médecin traitant.

- restriction quant à l'étendue de la garantie

La Great-West peut, selon les modalités et conditions qu'elle juge appropriées, limiter le remboursement des soins, d'un service ou d'une fourniture dans l'une des situations suivantes :

1. la personne refuse de participer à un programme de gestion des dossiers médicaux mis en place par la Great-West ou n'y participe pas de bonne foi; ou
2. la personne ne s'est pas conformée au plan de traitement recommandé par son médecin traitant relativement à l'usage des soins, du service ou de la fourniture.

- dépenses

La Great-West peut, à sa discrétion, supporter les frais liés à la gestion des dossiers médicaux. Tous les frais dont le paiement est demandé aux termes de la présente disposition doivent avoir été autorisés au préalable par la Great-West.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

Restrictions relatives aux fournisseurs désignés

Pour les soins, services ou fournitures qui requièrent une autorisation préalable ou à l'égard desquels la Great-West a recommandé ou approuvé la gestion des dossiers médicaux, la Great-West peut exiger que les soins, services ou fournitures en question soient obtenus auprès d'un fournisseur désigné par la Great-West ou administrés par celui-ci, et :

1. limiter les frais couverts à l'égard de soins, de services ou de fournitures n'ayant pas été obtenus auprès d'un fournisseur désigné par la Great-West ou administrés par celui-ci au montant qu'il en aurait coûté s'ils avaient été obtenus auprès du fournisseur désigné par la Great-West ou administrés par celui-ci; ou
2. refuser une demande de règlement visant des soins, des services ou des fournitures qui n'ont pas été obtenus auprès d'un fournisseur désigné par la Great-West ou qui n'ont pas été administrés par celui-ci.

Programme d'aide aux patients

Un programme d'aide aux patients est un programme qui offre de l'aide aux personnes à l'égard de l'achat de soins, de services et de fournitures.

La Great-West peut exiger d'une personne qu'elle s'inscrive et participe à un programme d'aide aux patients auquel elle pourrait être admissible. La Great-West peut également réduire du montant des frais couverts jusqu'à concurrence du montant d'assistance financière auquel la personne est admissible pour des soins, un service ou une fourniture aux termes d'un programme d'aide aux patients.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

SERVICES D'AMBULANCE

Les services d'ambulance, y compris les services d'ambulance aérienne, sont couverts s'ils sont fournis par un service d'ambulance autorisé.

Le transport par ambulance doit être effectué jusqu'au centre de traitement le plus proche en mesure de donner les soins voulus.

- Transport vers un centre éloigné

Si le patient doit être transporté vers un centre plus éloigné, l'indemnisation par la Great-West est fonction des frais qui auraient été remboursés si le patient avait été transporté jusqu'au centre de traitement le plus proche en mesure de fournir les soins voulus.

SOINS HOSPITALIERS ET SOINS INFIRMIERS

Les frais de séjour à l'hôpital, dans une maison de convalescence ou dans une maison de soins infirmiers ainsi que les soins infirmiers à domicile sont couverts :

1. si le malade est assuré aux termes de la présente disposition contractuelle avant son admission dans un des lieux énumérés ci-dessus; et
2. si les soins nécessaires sont des soins de courte durée, des soins de convalescence ou des soins palliatifs.

Les frais de séjour à l'hôpital ou dans un centre de désintoxication sont couverts :

1. si le malade est assuré aux termes de la présente disposition contractuelle avant son admission dans un des lieux énumérés ci-dessus; et
2. si les soins sont nécessaires dans le cadre d'une cure de désintoxication.

- Soins de courte durée

On entend par « soins de courte durée » les soins actifs qui s'imposent en vue de diagnostiquer ou de contrôler une affection qui risquerait autrement de s'aggraver.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

- Soins de convalescence
On entend par « soins de convalescence » tous les soins actifs ou tout traitement de réadaptation :
 1. qui permettent une amélioration sensible de l'état du malade; et
 2. qui suivent une période d'hospitalisation d'au moins trois jours au cours de laquelle le malade a reçu des soins de courte durée.

- Cure de désintoxication
On entend par « cure de désintoxication » tous les soins actifs qui font partie d'un programme de traitement reconnu en matière d'alcoolisme et de toxicomanie.

- Soins palliatifs
On entend par « soins palliatifs » tout traitement visant à soulager la douleur lorsque la maladie en est à la phase terminale.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

Soins hospitaliers

La Great-West couvre les frais de séjour à l'hôpital dépassant les frais en salle commune ainsi que les frais de séjour dans une maison de soins infirmiers, une maison de convalescence ou un centre de désintoxication lorsque l'établissement est situé au Canada.

Dans le cas d'un séjour à l'hôpital, la Great-West couvre la différence entre les frais de séjour en chambre à deux lits facturés par l'hôpital et les frais de séjour en salle commune. En cas d'hospitalisation hors de la province de résidence, la garantie couvre aussi la différence entre les frais de séjour en salle commune facturés par l'hôpital et l'indemnité prévue aux termes du régime gouvernemental en vigueur dans la province de résidence du malade.

La Great-West couvre également les frais de services hospitaliers relatifs à une chirurgie dentaire ainsi que tous les autres frais de soins et fournitures reçus au service des consultations externes d'un hôpital situé hors de la province de résidence et qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie en vigueur dans la province de résidence du malade.

Dans le cas d'un séjour dans une maison de soins infirmiers, la Great-West couvre la partie des frais de séjour autorisée par l'État.

Les prestations prévues en cas d'hospitalisation d'un malade à l'extérieur du Canada sont payables tel qu'il est prévu dans la clause relative aux soins reçus à l'étranger.

- Prestations maximales pour les soins palliatifs

La protection à l'égard des soins palliatifs se limite à 40 \$ par jour jusqu'à concurrence de 60 jours par hospitalisation.

- Prestations maximales pour les séjours dans une maison de convalescence

Dans le cas d'un séjour dans une maison de convalescence, la protection se limite à 40 \$ par jour jusqu'à un maximum de 180 jours par hospitalisation.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

- Prestations maximales pour les séjours dans un centre de désintoxication
Dans le cas d'un séjour dans un centre de désintoxication, la protection se limite à 40 \$ par jour. Le montant maximum payable est fixé à 1 500 \$ pendant toute la durée de la protection.

- Hôpital
« Hôpital » désigne tout établissement :
 1. qui est légalement constitué en hôpital;
 2. qui est ouvert sans interruption;
 3. qui admet des patients à titre de malades hospitalisés;
 4. qui compte à tout moment un ou plusieurs médecins en service; et
 5. qui dispense des soins infirmiers 24 heures sur 24 grâce à un personnel d'infirmiers autorisés.

- Maison de convalescence
« Maison de convalescence » désigne tout établissement ou toute unité d'établissement :
 1. qui admet des patients à titre de malades hospitalisés;
 2. qui compte à tout moment un ou plusieurs médecins en service;
 3. qui dispense 24 heures sur 24 des soins infirmiers donnés par des infirmiers professionnels ou sous leur supervision; et
 4. qui est principalement destiné à fournir des soins de convalescence.

- Centre de désintoxication
« Centre de désintoxication » désigne toute institution :
 1. qui offre un programme de traitement reconnu en matière d'alcoolisme et de toxicomanie; et
 2. qui est autorisée à offrir ce programme.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

- Maison de soins infirmiers

« Maison de soins infirmiers » désigne tout établissement ou toute unité d'un établissement :

1. qui admet des patients à titre de malades hospitalisés;
2. qui compte à tout moment un ou plusieurs médecins en service; et
3. qui dispense 24 heures sur 24 des soins infirmiers donnés par des infirmiers professionnels ou sous leur supervision.

N'est pas assimilée à une maison de soins infirmiers toute résidence destinée principalement aux personnes âgées ou qui dispense des soins personnels plutôt que des soins médicaux.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

Soins infirmiers

La Great-West couvre les frais de soins infirmiers à domicile donnés au Canada. On entend par « soins infirmiers » les soins :

1. dont la prestation exige les compétences et la formation d'un infirmier professionnel; et
2. qui sont donnés par un infirmier professionnel qui n'est pas membre de la famille du malade.

L'indemnisation est fonction du nombre minimum d'heures et du niveau de compétence nécessaires pour assurer chaque type de soins infirmiers essentiels. Le niveau de compétence nécessaire déterminera le degré de qualification (certificat, diplôme) de l'infirmier professionnel.

- Infirmier professionnel

« Infirmier professionnel » désigne :

1. un infirmier autorisé; ou
2. un infirmier auxiliaire autorisé.

- Montant maximum payable

Les prestations payables au titre de soins infirmiers sont versées pendant un maximum de 12 mois à partir du premier jour où les soins sont donnés. Le montant maximum payable est fixé à 10 000 \$.

Les maximums ci-dessus sont rétablis relativement à toute nouvelle période de soins infirmiers :

1. si celle-ci suit une période d'au moins six mois au cours de laquelle aucun soins infirmiers n'ont été donnés; ou
2. si les soins sont nécessaires à la suite d'une affection non reliée aux affections ayant déjà fait l'objet d'indemnisation. Une affection est assimilée à une autre si
 - a) les deux existent simultanément; ou
 - b) les deux sont attribuables à des causes similaires ou connexes.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

- Évaluation des soins à donner
- Avant le début des soins infirmiers à domicile, il serait préférable que le salarié fasse établir une évaluation des soins à donner afin qu'il puisse connaître le montant des prestations payables et l'étendue des soins couverts aux termes de la présente police.

L'évaluation des soins à donner est un rapport établi par la Great-West qui donne les renseignements suivants :

1. type de soins infirmiers couverts;
2. nombre d'heures de soins couvertes par jour ou par semaine; et
3. durée probable des soins.

Le salarié désireux d'obtenir une évaluation des soins requis doit présenter une lettre de son médecin traitant qui donne les renseignements suivants :

1. description de l'état du malade et pronostic;
2. liste des soins infirmiers requis et fréquence de ces soins;
3. niveau de compétence nécessaire pour donner les soins requis (infirmier autorisé, infirmier auxiliaire autorisé, ou autre praticien);
4. nombre d'heures de soins requis par jour ou par semaine; et
5. durée probable de la période de soins.

Restriction quant à l'étendue de la garantie

Aucune prestation n'est payable au titre de la garantie Soins hospitaliers et soins infirmiers lorsqu'il est peu probable que l'état du malade s'améliore ou se détériore au cours des 12 mois suivants. En pareil cas, l'état du malade est réputé nécessiter des soins prolongés.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

SOINS REÇUS À L'ÉTRANGER

Les soins et services suivants reçus à l'étranger sont couverts.

Soins d'urgence

Les soins d'urgence reçus à l'extérieur du pays sont couverts :

1. s'ils sont nécessaires par suite d'une urgence médicale survenant pendant que la personne couverte se trouve temporairement à l'extérieur du Canada pour des vacances, ou pour un voyage d'affaires ou d'études; et
2. si la personne est couverte par le régime d'assurance-maladie en vigueur dans sa province de résidence ou par le régime payé par l'employeur pour remplacer le régime de l'État.

- Urgence médicale

Par « urgence médicale » on entend :

1. une blessure fortuite et soudaine, ou
2. une maladie fortuite et soudaine ou la phase aiguë d'une maladie qui n'aurait pu être raisonnablement prévue compte tenu des troubles médicaux antérieurs de la personne.

- Soins d'urgence

Par soins d'urgence, on entend un traitement médical couvert qui est prodigué par suite d'une urgence médicale et immédiatement après celle-ci.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

- Restrictions quant à l'étendue de la garantie

Si la Great-West juge, à la lumière des renseignements médicaux fournis, que l'état de santé de la personne lui permet de revenir au Canada, le remboursement se limite au moindre d'entre :

1. le montant qui serait payable aux termes de la présente police si les soins continuaient d'être reçus à l'étranger; et
2. le montant qui serait payable aux termes de la présente police pour des soins comparables donnés au Canada, plus le coût du retour au pays.

Aucune prestation n'est versée dans les cas suivants.

1. Soins médicaux donnés ultérieurement relativement à une urgence médicale après la phase initiale aiguë du traitement, ce qui comprend les soins continus en situation de non-urgence du trouble traité au départ en situation d'urgence.
2. Tout épisode ultérieur et connexe durant la même absence du Canada.
3. Frais se rapportant à la grossesse et à l'accouchement, y compris les soins au nourrisson :
 - a) après la 34^e semaine de grossesse; ou
 - b) durant toute la grossesse si les antécédents médicaux de la personne indiquent un risque supérieur à la normale d'un accouchement prématuré ou de complications.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

Soins non urgents

Les soins non urgents reçus à l'extérieur du pays sont couverts :

1. s'ils sont nécessaires par suite de la recommandation du médecin canadien habituel de la personne;
2. s'ils ne sont fournis dans aucune province canadienne et doivent être reçus ailleurs pour des raisons autres que les listes d'attente ou des difficultés d'horaire;
3. si une partie des frais engagés par la personne est couverte par le régime d'assurance-maladie en vigueur dans sa province de résidence ou par le régime payé par l'employeur pour remplacer le régime de l'État; et
4. si une autorisation préalable des prestations est approuvée par la Great-West avant que la personne quitte le Canada pour recevoir le traitement.

- Restriction quant à l'étendue de la garantie

Les prestations payables en remboursement des frais relatifs aux soins non urgents sont limitées à 50 000 \$ pendant toute la durée de la protection.

Aucune prestation n'est versée dans les cas suivants.

1. Traitement de recherche ou expérimental.
2. Frais de transport ou d'hébergement.

Traitement médical couvert

La Great-West couvre les soins, services et fournitures suivants reliés à un traitement médical couvert reçu à l'étranger.

1. Soins donnés par un médecin.
2. Radiodiagnostic et analyses de laboratoire.
3. Séjour à l'hôpital en salle commune, en chambre à deux lits ou à l'unité de soins intensifs, lorsque le séjour commence pendant que le malade est couvert aux termes de la présente disposition contractuelle.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

4. Fournitures médicales obtenues au cours d'une hospitalisation couverte.
5. Soins paramédicaux reçus au cours d'une hospitalisation couverte.
6. Soins et fournitures reçus au service des consultations externes d'un hôpital.
7. Fournitures médicales obtenues hors du milieu hospitalier qui seraient couvertes au Canada.
8. Médicaments.
9. Soins d'infirmier professionnel donnés hors du milieu hospitalier.
10. Pour des soins d'urgence seulement, transport par un service d'ambulance autorisé au centre de traitement le plus proche en mesure de donner les soins voulus. En cas de transport vers un centre éloigné, l'indemnisation est effectuée de la même façon qu'elle le serait si les services d'ambulance étaient fournis au Canada.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

ASSISTANCE MÉDICALE GLOBALE

Les soins et services offerts par l'Assistance médicale globale sont couverts :

1. s'ils sont nécessaires par suite d'une urgence médicale survenant pendant que la personne couverte est en vacances ou en voyage d'affaires, pendant qu'elle se rend à un établissement scolaire ou qu'elle en revient; et
2. si la personne est couverte par le régime d'assurance-maladie en vigueur dans sa province de résidence ou par le régime payé par l'employeur pour remplacer le régime de l'État.

Lorsque la personne couverte voyage au Canada, la garantie couvre uniquement les frais engagés pour une urgence survenant à plus de 500 kilomètres de son domicile.

Les soins et services sont offerts par la voie d'un réseau international de communications accessible 24 heures sur 24. Le personnel affecté au programme aidera le malade à obtenir des soins médicaux ainsi que l'approbation préalable de la Great-West. Le programme réglera aussi les frais d'admission à l'hôpital payables sur-le-champ, jusqu'à concurrence de 1 000 \$.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

Frais couverts

Les soins et services suivants sont couverts, moyennant l'autorisation préalable de la Great-West.

- Évacuation à des fins médicales

1. Si la personne couverte voyage au Canada et que les soins appropriés ne sont pas offerts dans un établissement local, transport du malade jusqu'à l'hôpital le plus près en mesure de fournir les soins voulus. Si la personne couverte voyage à l'extérieur du Canada, transport du malade :

- a) à l'hôpital étranger le plus près en mesure de fournir les soins voulus; ou
- b) à un hôpital canadien.

Les soins ou services couverts aux termes de la présente disposition ne le sont pas aux termes de toute autre disposition de la présente police.

- Frais engagés par la famille

2. Si la personne couverte voyage seule et qu'elle sera vraisemblablement hospitalisée pendant plus de sept jours, coût d'un billet aller-retour, tarif classe économique, pour qu'un membre de sa famille puisse la rejoindre, et frais d'hébergement de cette personne. Une personne est considérée comme voyageant seule lorsqu'elle n'est pas accompagnée par un membre de sa famille.

- Compagnon de voyage

3. Si la personne couverte voyage en compagnie d'une autre personne et ne peut respecter ses réservations de vol de retour parce qu'elle est hospitalisée, frais d'hébergement supplémentaires du compagnon de voyage. Aucune prestation n'est prévue aux termes de la présente disposition si des prestations sont payables aux termes de l'alinéa 2 ci-dessus relativement à la même période d'hospitalisation.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

- Remboursement des frais de transport
 - Décès
 - Enfant mineur non accompagné
 - Véhicule
4. Si la personne couverte et son compagnon de voyage ne peuvent utiliser leurs billets de retour prépayés pour cause d'hospitalisation de la personne couverte, prix de billets équivalents de retour au domicile. Les frais remboursés de quelque autre manière ne sont pas couverts. Les frais engagés pour la location d'un véhicule ne sont pas non plus remboursables aux termes du présent alinéa.
 5. Si la personne couverte décède, préparation et transport du corps jusqu'au lieu du domicile.
 6. Si la personne couverte est hospitalisée ou meurt laissant à eux-mêmes un ou plusieurs enfants mineurs non accompagnés, frais de transport exigés pour ramener ces enfants à domicile. Sont également couverts les frais de transport d'une personne chargée de les accompagner s'il y a lieu.
 7. Si la personne couverte ne peut conduire par suite d'une blessure ou d'une maladie, frais exigés pour ramener son véhicule à son domicile (si elle en est le propriétaire) ou à l'agence de location la plus près (s'il s'agit d'une voiture de location). Le montant maximum payable est fixé à 1 000 \$. Aucune prestation n'est toutefois payable aux termes du présent alinéa lorsqu'il y a demande de remboursement du prix d'un billet de retour prépayé aux termes de l'alinéa 4 ci-dessus relativement à la même période d'hospitalisation.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

Droit de recouvrement des frais d'admission à l'hôpital

Si les frais d'admission à l'hôpital payables sur-le-champ excèdent le montant maximum payable par la Great-West aux termes de la présente police, la personne couverte doit rembourser à la Great-West les sommes versées en trop. Si les frais d'hospitalisation ne constituent pas des frais couverts aux termes de la présente police, la Great-West a droit au remboursement de la totalité du montant de l'avance.

Montant maximum pour frais d'hébergement

Le remboursement pour frais d'hébergement se limite aux frais exigibles dans un hôtel jugé de confort moyen dans la région où la personne couverte est hospitalisée. Les appels téléphoniques ainsi que les courses en taxi et les coûts de location de voiture sont également couverts. Le prix des repas n'est cependant pas remboursable. Le montant maximum payable pour frais d'hébergement est fixé à 1 500 \$ par période d'hospitalisation.

Déni de responsabilité

Ni le réseau de communications ni la Great-West ne sont responsables :

1. de la disponibilité, de l'étendue, de la qualité ou de l'efficacité des soins médicaux que reçoit la personne couverte; ni
2. des démarches infructueuses de la personne couverte pour obtenir les soins médicaux voulus.

Cartes d'identité

Si la protection de la personne couverte aux termes de la présente disposition contractuelle expire pour quelque raison que ce soit, le titulaire est tenu de demander que lui soient retournées immédiatement les cartes de l'Assistance médicale globale.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE

Les médicaments et fournitures de médicaments suivants sont couverts 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 prévues en remboursement de frais de médicaments et de fournitures de médicaments engagés à l'extérieur du Canada sont payables tel qu'il est prévu dans la clause relative aux soins reçus à l'étranger.

- Médicaments nécessitant légalement une ordonnance
 1. Médicaments qui nécessitent une ordonnance, y compris les médicaments contraceptifs ou les produits contenant un médicament contraceptif, conformément à:
 - a) la Loi sur les aliments et drogues (Canada); ou
 - b) la législation en vigueur dans la province où ils sont délivrés.
- Préparations injectables
 2. Médicaments pouvant être administrés uniquement par injection, y compris les vitamines, l'insuline et les extraits allergisants. Les seringues pour auto-injection sont également couvertes.
- Fournitures pour diabétiques
 3. Aiguilles jetables s'utilisant avec un dispositif d'injection d'insuline non jetable, lancettes, bandelettes pour tests et capteurs pour appareils flash de surveillance du glucose.
- Préparations extemporanées
 4. Préparations ou composés extemporanés contenant, entre autres ingrédients, un médicament couvert.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

- Médicaments prescrits

5. Médicaments ne nécessitant pas légalement une ordonnance :

- a) s'ils sont indiqués dans l'édition courante du Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques; et
- b) s'ils font partie de l'une des catégories suivantes :

Agents de débridement enzymatique topiques

Agents thyroïdiens

Antipaludéens

Fibrinolytiques

Fluorures monosubstance

Nitroglycérine

Relaxants musculaires

Recharges potassiques

Sels ferreux monosubstance

• Exceptions

Les produits ou articles suivants qui peuvent s'obtenir sans ordonnance ne sont pas couverts :

- a) atomiseurs, appareils, prothèses et fournitures nécessaires par suite d'une colostomie;
- b) fournitures servant à l'analyse, au diagnostic, ou à l'administration des premiers soins;
- c) dispositifs d'injection d'insuline non jetables ou dispositifs à ressort utilisés dans le prélèvement du sang;
- d) dispositifs nécessaires à l'administration de médicaments devant être inhalés;

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

- e) vitamines s'administrant par voie orale, minéraux, suppléments diététiques, préparations homéopathiques, lactés pour bébés et solutions injectables servant à l'alimentation parentérale totale, que ces produits soient ou non prescrits à des fins médicales, sauf lorsqu'ils doivent être délivrés sur ordonnance en vertu d'une loi fédérale ou provinciale;
- f) diaphragmes, condoms, gelées, mousses, éponges, suppositoires, implants et autres produits ou articles servant habituellement à des fins contraceptives, qu'ils soient ou non prescrits à des fins médicales.

- restriction relative aux médicaments de remplacement

Conformément aux pratiques d'évaluation de la Great-West en vigueur au moment où la demande de règlement est présentée, la Great-West peut limiter les frais couverts pour un médicament au coût d'un médicament de remplacement moins cher.

Un médicament de remplacement inclut notamment :

1. un médicament générique équivalent au médicament de marque reconnu comme interchangeable en vertu de la loi de la province ou du territoire où le médicament est délivré; ou
2. un produit biologique ultérieur.

Le droit de limiter les frais couverts ne s'applique pas si la documentation médicale indiquant une contre-indication quant au médicament de remplacement a été fournie.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

Vaccins et anatoxines

Les vaccins et anatoxines donnés à des fins préventives pour conférer une immunisation sont couverts sous réserve de la restriction relative aux médicaments de remplacement. Le montant maximum payable est fixé à 100 \$ par année civile.

Régime d'assurance-médicaments de l'État

En ce qui concerne les médicaments couverts aux termes d'un régime d'assurance-médicaments de l'État, le remboursement se limite à tout montant que le salarié est tenu de payer à son égard et à l'égard de sa famille.

Frais non couverts

Aucune prestation n'est payable dans les cas ci-dessous.

1. Médicaments n'ayant pas de code d'identification numérique, tel qu'il est stipulé dans la Loi sur les aliments et drogues (Canada).
2. Tout achat de médicaments ne pouvant être normalement utilisé au cours d'une période de 34 jours, exception faite des médicaments suivants qui sont nécessaires dans le cadre d'un traitement d'entretien et qui peuvent être achetés pour une période de 100 jours :
 - agents cardio-vasculaires
 - antiasthmatiques
 - antibiotiques contre l'acné
 - anticoagulants
 - anticonvulsivants
 - antihypertenseurs
 - antiparkinsoniens
 - antituberculeux
 - contraceptifs oraux
 - hypoglycémifiants
 - médicaments pour le traitement du glaucome
 - oestrogènes
 - préparations des agents thyroïdiens
 - recharges potassiques.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

3. Médicaments administrés à l'hôpital dans le cadre d'un traitement en salle d'urgence ou à titre de malade hospitalisé.
4. Extraits allergisants non injectables.
5. Médicaments qui sont considérés comme des produits cosmétiques, tels que les solutions topiques de minoxidil et les écrans solaires, qu'ils soient ou non prescrits à des fins médicales.
6. Produits anti-tabagiques.
7. Médicaments contre l'infertilité, qu'ils soient ou non prescrits à des fins médicales.
8. Médicaments utilisés dans le traitement de la dysérection.
9. Médicaments ou fournitures qui figurent sur la liste des exclusions de la Great-West. La Great-West se réserve le droit de refuser tous les frais relatifs à un médicament ou à une fourniture, ou uniquement les frais associés au traitement, à certains stades ou à l'évolution de certaines maladies ou blessures. La Great-West peut ajouter un médicament ou une fourniture à la liste des exclusions ou l'en retirer en tout temps.

Il est entendu que la Great-West peut ajouter un médicament ou une fourniture à la liste des exclusions pour toute raison, y compris, mais sans s'y limiter, les suivantes :

- a) la Great-West a déterminé que de l'information supplémentaire de la part d'organismes consultatifs professionnels, d'agences gouvernementales ou du fabricant du médicament ou de la fourniture est requise pour évaluer le médicament ou la fourniture; ou

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

- b) la Great-West a déterminé que le médicament ou la fourniture n'est pas proportionnel à la maladie ou à la blessure ou, s'il y a lieu, au stade ou à l'évolution de la maladie ou de la blessure.

- Exception à l'égard des résidents du Québec

À l'égard des salariés résidant au Québec, aucune restriction ne s'applique aux frais engagés dans la province pour des médicaments qui figurent sur la Liste de médicaments publiée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec en vigueur à la date d'achat, sauf dans la mesure où la loi le permet.

- Résidents du Québec couverts aux termes de l'assurance-médicaments de l'État

Un salarié âgé de 65 ans ou plus qui réside au Québec cesse d'être couvert aux termes de la protection de base pour les médicaments sur ordonnance du présent régime et est couvert aux termes de l'assurance-médicaments de base de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, à moins qu'il choisisse de conserver la protection du présent régime tel qu'il est indiqué ci-dessous.

Il n'est possible d'opter pour la protection du présent régime qu'une seule fois. Ce choix doit être fait par le salarié et signalé à l'employeur avant l'expiration d'une période de 60 jours suivant :

1. la date à laquelle le salarié atteint 65 ans; ou
2. si le salarié est âgé de 65 ans ou plus, la date à laquelle il devient résident du Québec, au sens de la Loi sur l'assurance-maladie du Québec.

Lorsque le salarié a choisi d'être couvert aux termes du présent régime, il est réputé ne pas être admissible à la protection de l'assurance-médicaments de base de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Par « protection de base pour les médicaments sur ordonnance », on entend la part des frais de médicaments qui est remboursée au titre de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

Cartes d'identité

Si la protection de la personne couverte aux termes de l'assurance Médicaments sur ordonnance expire pour quelque raison que ce soit, le titulaire est tenu de demander que lui soient retournées immédiatement les cartes d'identité permettant le remboursement des frais de médicaments sur ordonnance.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

FOURNITURES MÉDICALES

Les fournitures médicales ci-dessous sont couvertes lorsqu'elles sont prescrites par un médecin. En ce qui concerne les fournitures offertes en location, la Great-West couvre, selon son choix, les frais de location ou le prix d'achat des fournitures en question.

Appareils respiratoires

Les appareils respiratoires suivants sont couverts.

1. Oxygène et matériel nécessaire à son administration.
2. Respirateurs à pression positive intermittente.
3. Appareils de ventilation spontanée à pression positive continue.
4. Instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire.
5. Tentes à brouillard et nébuliseurs.
6. Appareils de percussion thoracique, planches à drainage et crachoirs.
7. Pompes à drainage.
8. Tubes à trachéotomie.

Prothèses et fournitures orthopédiques

Les prothèses et fournitures orthopédiques suivantes sont couvertes.

1. Orthèses et colliers cervicaux. « Orthèse » désigne tout appareil orthopédique fabriqué d'un matériau rigide, tels le métal ou le plastique, et servant à maintenir une partie du corps en bonne position. Les bandes-maintien élastiques et les orthèses du pied n'entrent pas dans cette catégorie. Les appareils dentaires ne sont pas couverts.
2. Orthèses du pied sur mesure et chaussures orthopédiques ajustées sur mesure, y compris les modifications apportées à des chaussures orthopédiques. Le montant maximum payable est fixé à 300 \$ par année.
3. Plâtres.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

4. Attelles, y compris les chaussures fixées à une attelle. Les attelles intra-buccales ne sont pas couvertes.
5. Stimulateurs électrospinaux externes pour le traitement de la scoliose.
6. Stimulateurs de consolidation de fractures.
7. Appareils de verticalisation.

Prothèses

Les prothèses suivantes sont couvertes.

1. Yeux artificiels, y compris la refection et le polissage de telles prothèses.
2. Membres artificiels standard, y compris la réparation de telles prothèses, les bas pour moignons et les bricoles anglaises.
3. Obturateurs de fissure palatine.
4. Bras myoélectriques, y compris la réparation de telles prothèses. Le montant maximum payable relativement à chaque prothèse est fixé à 10 000 \$. Il n'est pas tenu compte dans ce montant des frais de réparation.
5. Prothèses mammaires externes, à raison de une par année, et soutiens-gorge chirurgicaux, à raison de deux par année.

- Prothèses implantées

En ce qui concerne les prothèses mammaires implantées, la Great-West verse jusqu'à concurrence du montant payable pour des prothèses mammaires externes.

Aides à la mobilité

Les aides à la mobilité suivantes sont couvertes.

1. Cannes, déambulateurs, béquilles et parapodiums.
2. Cigognes mécaniques ou hydrauliques, à raison de une tous les cinq ans. Le montant maximum payable est fixé à 2 000 \$ relativement à chaque cigogne.
3. Piles rechargeables destinées à un fauteuil roulant couvert.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

4. Rampes d'accès extérieures, à raison de une pendant toute la durée de la protection. Le montant maximum payable est fixé à 2 000 \$.
5. Fauteuils roulants, y compris les réparations. Est couvert tout fauteuil roulant spécialement conçu pour permettre d'être autonome dans les activités de la vie quotidienne, mais non le fauteuil roulant conçu ou adapté pour permettre la participation à des activités sportives.

- Autres types d'aides à la mobilité

En ce qui concerne les cigognes à commande assistée, la Great-West rembourse jusqu'à concurrence du montant accordé pour une cigogne mécanique ou hydraulique.

Si un fauteuil roulant spécial est fourni quand l'état de la personne ne le nécessite pas, la Great-West verse jusqu'à concurrence du montant accordé pour le genre de fauteuil permettant d'être autonome dans les activités de la vie quotidienne.

Aides à la communication

La Great-West couvre les frais d'appareils auditifs, y compris les piles, raccords et embouts auriculaires obtenus à l'achat. Le montant maximum payable est fixé à 700 \$ par période de cinq ans.

Fournitures pour diabétiques

Les fournitures suivantes pour diabétiques sont couvertes.

1. Stylos d'injection Novolin-Pen et autres dispositifs d'injection d'insuline à aiguille.
2. Dispositifs de prélèvement de sang, y compris les plaques mais non les lancettes. Les lancettes sont couvertes aux termes de la garantie Médicaments sur ordonnance.
3. Appareils de contrôle de la glycémie, à raison de un par période de quatre ans.
4. Appareils flash de surveillance du glucose.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

5. Appareils de surveillance du glucose en continu, y compris les capteurs et les transmetteurs. Le montant maximum payable est fixé à 4 000 \$ par année civile.
6. Trousses de perfusion d'insuline, excluant les pompes à perfusion.
7. Pompes à perfusion d'insuline externe, à raison de une par période de cinq ans. Le montant maximum payable est fixé à 2 000 \$ par pompe.
8. Dispositifs d'injection d'insuline sans aiguille, à raison de un pendant toute la durée de la protection. Le montant maximum payable est fixé à 1 000 \$.

Autres fournitures médicales

Sont également couvertes les fournitures médicales suivantes.

1. Lits d'hôpital, barrières de lits, trapèzes, minerves, appareils de traction. Les lits fluidisés ne sont pas couverts.
2. Fournitures nécessaires à la suite d'une colostomie ou d'une iléostomie.
3. Cathéters et fournitures connexes.
4. Substituts alimentaires devant être administrés par sonde. Les pompes et les accessoires sont aussi couverts.
5. Neurostimulateurs percutanés nécessaires au contrôle de la douleur chronique. Le montant maximum payable est fixé à 700 \$ pendant toute la durée de la protection.
6. Supports à gradient de pression pour lymphoedème, faits sur mesure.
7. Pompes d'extrémité pour lymphoedème ou syndrome post-phlébitique grave, à raison de une pendant toute la durée de la protection. Le montant maximum payable est fixé à 1 500 \$.
8. Bas de contention (d'une compression donnée) faits sur mesure. Le montant maximum payable est fixé à 250 \$ par année civile.
9. Vêtements pour le traitement de brûlures faits sur mesure.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

10. Sièges de toilette surélevés, bancs de douche, barres d'appui et chaises d'aisance.
11. Perruques pour patients atteints du cancer qui suivent des traitements de chimiothérapie. Le montant maximum payable est fixé à 400 \$ pendant toute la durée de la protection.
12. Cristallins artificiels par suite d'une chirurgie de la cataracte.
13. Une paire de lunettes ou de lentilles cornéennes nécessaires par suite d'une chirurgie oculaire non réfractive.
14. Dispositifs intra-utérins. Le montant maximum payable est fixé à 50 \$ par année civile.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

SERVICES DIAGNOSTIQUES

Les procédures de laboratoire et d'imagerie utilisées dans la province de résidence du patient pour établir un diagnostic sont couvertes lorsque le régime provincial du patient ne prévoit pas de remboursement à ce titre. Il est entendu que les frais associés à une telle procédure ne sont pas couverts si le patient peut choisir de les payer, en totalité ou en partie, plutôt que d'en demander le remboursement aux termes de son régime provincial.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

SOINS PARAMÉDICAUX

Les soins paramédicaux suivants sont couverts lorsqu'ils sont donnés hors du milieu hospitalier.

- Soins donnés par un acupuncteur, un homéopathe, un orthothérapeute, un kinésithérapeute, un kinothérapeute, un ergothérapeute ou un diététicien (diététiste)
 - Soins donnés par un audiologiste
 - Soins donnés par un chiropraticien
 - Soins donnés par un massothérapeute
 - Soins donnés par un naturopathe
 - Soins donnés par un ostéopathe
 - Soins donnés par un physiothérapeute
1. Soins donnés par un acupuncteur, un homéopathe, un orthothérapeute, un kinésithérapeute, un kinothérapeute ou un ergothérapeute autorisés ou les soins donnés par un diététicien (diététiste) autorisé pour traiter les troubles de la nutrition. Le montant maximum payable relativement à tous les types de soins combinés est fixé à 400 \$ par année civile.
 2. Soins donnés par un audiologiste autorisé. Le montant maximum payable est fixé à 400 \$ par année civile.
 3. Soins donnés par un chiropraticien autorisé (y compris les radiodiagnostics) pour traiter des troubles musculaires ou osseux. Le montant maximum payable est fixé à 400 \$ par année civile.
 4. Soins donnés par un massothérapeute autorisé. Le montant maximum payable est fixé à 400 \$ par année civile.
 5. Soins donnés par un naturopathe autorisé. Le montant maximum payable est fixé à 400 \$ par année civile.
 6. Soins donnés par un ostéopathe autorisé, y compris les radiodiagnostics. Le montant maximum payable est fixé à 400 \$ par année civile.
 7. Soins donnés par un physiothérapeute autorisé pour corriger les troubles de motricité. Le montant maximum payable est fixé à 400 \$ par année civile.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

- Soins donnés par un podiatre
 - Soins donnés par un psychologue ou un travailleur social
 - Soins donnés par un orthophoniste
8. Soins donnés par un podiatre autorisé (y compris les radiodiagnostic) pour traiter les affections du pied. Le montant maximum payable est fixé à 400 \$ par année civile.
 9. Soins donnés par un psychologue agréé ou un travailleur social dûment qualifié. Le montant maximum payable relativement aux deux types de soins combinés est fixé à 400 \$ par année civile.
 10. Soins donnés par un orthophoniste autorisé pour corriger les défauts d'élocution. Le montant maximum payable est fixé à 400 \$ par année civile.

Protection de l'État

À moins que la loi ne l'en empêche, la Great-West remboursera la partie des frais qui n'est pas payable par le régime de l'État.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

SOINS OCULAIRES

Les soins et fournitures oculaires ci-dessous sont couverts.

- Examens de la vue

1. Examens de la vue (y compris la réfraction de l'oeil) :

- a) s'ils sont effectués par un ophtalmologiste ou un optométriste autorisé; et
- b) si le régime gouvernemental en vigueur dans la province de l'assuré ne couvre pas de tels examens.

La garantie se limite à 50 \$ tous les ans à l'égard de tout enfant à charge âgé de moins de 18 ans et à 50 \$ par période de 2 ans à l'égard de toute autre personne.

- Lunettes, lentilles cornéennes, chirurgie oculaire au laser

2. Soins et fournitures suivants nécessaires à la correction de la vision :

- a) lunettes et lentilles cornéennes, lorsqu'elles sont fournies par un ophtalmologiste, un optométriste ou un opticien autorisé; et
- b) chirurgie oculaire au laser, lorsqu'elle est pratiquée par un ophtalmologiste autorisé.

Le montant maximum payable est fixé à 200 \$ tous les ans à l'égard de tout enfant à charge âgé de moins de 18 ans et à 200 \$ par période de 2 ans à l'égard de toute autre personne.

Frais non couverts

Aucune prestation n'est payable pour des soins ou fournitures oculaires demandés par tout employeur comme condition d'embauche.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

AUTRES SOINS, SERVICES OU FOURNITURES

La Great-West peut, selon les modalités qu'elle détermine, couvrir des soins, des services ou des fournitures qui ne sont pas couverts aux termes de la présente police à condition qu'ils représentent un traitement raisonnable.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

MONTANT PAYABLE

La Great-West rembourse les frais couverts :

1. qu'une personne engage pendant qu'elle est assurée par la garantie prévoyant l'indemnisation de tels frais; et
2. qui excèdent la franchise.

Le remboursement au titre des frais couverts correspond au moindre d'entre les frais réellement engagés et les frais courants demandés pour les soins, services ou fournitures couverts.

- Restrictions relatives aux fournitures, soins et services de remplacement moins chers

La Great-West peut limiter les frais couverts pour des soins, un service ou une fourniture au coût de soins, d'un service ou d'une fourniture moins chers qui constituent un traitement raisonnable.

- Frais courants

Les frais courants correspondent au moindre d'entre :

1. les frais couramment demandés dans la région où les soins sont donnés;
2. les honoraires de tout barème d'association professionnelle applicable; et
3. les honoraires maximums fixés par la loi.

- Versement des prestations

Tous les frais sont remboursés selon le règlement proportionnel indiqué au Tableau des prestations. L'indemnisation est assujettie à tout plafond applicable aux soins, services et fournitures couverts.

- Restrictions quant à la fréquence

À moins de disposition contraire explicite, les restrictions quant à la fréquence des soins et les plafonds exprimés en années se rapportent à une période de 12 mois et non à l'année civile.

Date à laquelle les frais sont engagés

Aux fins de tous les calculs effectués aux termes de la présente disposition contractuelle, les frais sont réputés être engagés à la date à laquelle l'assuré reçoit les soins ou les fournitures.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

Franchises

Toute franchise indiquée au Tableau des prestations vaut pour l'année civile et est affectée aux frais couverts au fur et à mesure qu'ils sont engagés. La franchise individuelle représente le montant maximum pouvant être affecté aux frais couverts engagés par l'assuré. La franchise familiale représente le montant maximum pouvant être affecté aux frais couverts engagés par le salarié et les membres de sa famille.

- Report de franchise

La franchise par année civile est diminuée du montant des frais couverts :

1. qui ont été engagés en octobre, novembre et décembre de l'année civile précédente; et
2. qui ont été affectés à la franchise de cette année-là.

Médicaments sur ordonnance - Contribution maximale des résidents du Québec

Une contribution maximale est prévue relativement aux frais engagés dans la province pour des médicaments qui figurent sur la Liste de médicaments publiée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec à l'égard des salariés résidant au Québec (liste de médicaments couverts par l'État). Si la somme des montants non remboursables que le salarié est tenu de verser à l'égard de médicaments qui figurent sur la liste de médicaments couverts par l'État pour lui-même et ses enfants à charge ou pour son conjoint atteint dans une année civile la contribution maximale établie par la loi, le montant payable à l'égard de frais de médicaments qui figurent sur la liste de médicaments couverts par l'État engagés pour les mêmes personnes pendant le reste de l'année civile est rajusté comme suit :

1. le remboursement est fait à 100 %;
2. aucune autre contribution ne s'applique.

La contribution maximale ci-dessus ne tient pas compte des frais de médicaments engagés à l'extérieur du Québec.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

RESTRICTIONS GÉNÉRALES

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants.

1. Frais dont la loi interdit tout remboursement de la part d'un assureur privé.
2. Soins, services ou fournitures pour lesquels il y a des frais seulement parce que la personne bénéficie d'une protection d'assurance.
3. Partie des frais liés aux soins, aux services ou aux fournitures payable par le régime d'assurance-maladie gouvernemental dans la province de résidence de la personne, que cette personne soit effectivement couverte ou non aux termes du régime d'assurance-maladie gouvernemental.
4. Partie des soins, services ou fournitures que la personne a le droit de recevoir ou qui donne droit à une prestation ou à un remboursement aux termes de la loi ou d'un régime régi, financé ou administré en tout ou en partie par l'État (« régime d'État »), sans égard à la protection offerte aux termes du présent régime.

Aux fins de la présente restriction, le terme « régime d'État » ne s'entend pas d'un régime collectif à l'intention de fonctionnaires.

5. Soins, services ou fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

6. Soins, services ou fournitures reliés :
 - a) à un traitement donné uniquement à des fins d'esthétique;
 - b) aux divertissements et aux activités sportives, mais non à l'exercice des activités quotidiennes ordinaires;
 - c) au diagnostic ou au traitement de l'infertilité, sauf tel qu'il est prévu dans la clause relative aux médicaments sur ordonnance; ou
 - d) à la contraception, sauf tel qu'il est prévu dans la clause relative aux médicaments sur ordonnance.
7. Soins, services ou fournitures reliés à des soins, services ou fournitures déjà couverts, sauf s'ils figurent expressément dans la liste des soins, services ou fournitures couverts ou s'ils sont désignés par la Great-West comme étant des soins, services ou fournitures couverts.
8. Fournitures médicales de rechange ou de remplacement.
9. Soins, services ou fournitures obtenus à l'extérieur du Canada, sauf tel qu'il est prévu dans les clauses relatives aux soins reçus à l'étranger et à l'Assistance médicale globale.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

10. Soins, services ou fournitures obtenus à l'extérieur de la province mais au Canada, sauf :
- a) si la personne est couverte par le régime d'assurance-maladie gouvernemental en vigueur dans sa province de résidence ou le régime offert par l'employeur en remplacement du régime d'assurance-maladie de l'État; et
 - b) si la Great-West aurait versé des prestations pour des soins, services et fournitures comparables obtenus dans la province de résidence de la personne couverte.

La présente restriction ne s'applique pas aux frais couverts par l'Assistance médicale globale.

11. Frais engagés par suite de la guerre, d'une insurrection, ou de la participation volontaire à une émeute.
12. Frais pour des soins, un service ou une fourniture que la Great-West a déterminés comme étant non proportionnels à la maladie ou à la blessure ou, s'il y a lieu, au stade ou à l'évolution de la maladie ou de la blessure. Pour déterminer si des soins, un service ou une fourniture sont proportionnels, la Great-West peut tenir compte de différents facteurs, y compris, mais sans s'y limiter, les suivants :
- a) lignes directrices de la pratique clinique;
 - b) évaluations de l'efficacité clinique des soins, du service ou de la fourniture, notamment par des organismes consultatifs professionnels ou des agences gouvernementales;

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - MS

- c) renseignements fournis par le fabricant ou le fournisseur des soins, du service ou de la fourniture; et
- d) évaluations de l'efficacité des soins, du service ou de la fourniture, notamment par des organismes consultatifs professionnels ou des agences gouvernementales.

Les restrictions générales ci-dessus ne s'appliquent pas lorsqu'elles sont directement incompatibles avec la protection prévue aux termes de la présente disposition contractuelle. Lorsque la protection n'est décrite que dans des termes généraux, il n'est pas censé y avoir incompatibilité.

La Great-West peut refuser une demande de règlement visant des soins, des services ou des fournitures obtenus auprès d'un fournisseur qui n'est pas approuvé par la Great-West.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES

ASSURANCE DENTAIRE - SALARIÉS ET PERSONNES À CHARGE

ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ

C'est à la Great-West qu'il incombe de déterminer l'admissibilité aux prestations.

BASE D'ÉVALUATION

Tous les soins, services et fournitures couverts aux termes de la présente disposition contractuelle doivent constituer un traitement raisonnable. À moins d'indication contraire, le traitement dentaire est décrit et évalué conformément au Guide du système de codification standard et du répertoire des services de l'Association dentaire canadienne.

Traitement raisonnable

Un traitement est considéré comme raisonnable :

1. s'il est accepté par l'Association dentaire canadienne;
2. s'il est reconnu comme efficace;
3. s'il est effectué par un dentiste, sous la supervision de celui-ci, par un hygiéniste dentaire indépendant autorisé, ou par un denturologiste; et
4. si sa nature, sa fréquence et sa durée sont essentielles à la santé dentaire de l'assuré.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - AD

SOINS ORDINAIRES

La garantie couvre les soins et services suivants.

Services diagnostiques

Les services diagnostiques suivants sont couverts.

- Examens
 1. Examen buccal complet, tous les trois ans.
 2. Examens de pathologie et de chirurgie buccales, examens parodontaux, prosthodontiques et endodontiques.
 3. Examens buccaux partiels, une fois tous les neuf mois. Toutefois, un seul examen buccal partiel est couvert si un examen buccal complet est effectué dans la même année.
 4. Examens parodontaux partiels, une fois tous les neuf mois.
 5. Examens spécifiques et examens d'urgence.
- Radiographies
 6. Série complète de radiographies intra-buccales, tous les deux ans.
 7. Radiographies intra-buccales (jusqu'à concurrence de 15 pellicules tous les deux ans) et une radiographie panoramique tous les deux ans. De telles radiographies ne sont pas couvertes lorsqu'elles sont effectuées la même année qu'une série complète de radiographies.
 8. Sialographie.
 9. Radiographies extra-buccales autres que les radiographies panoramiques et les radiographies de sialographie.
 10. Substances radio-opaques qui permettent de voir les lésions buccales.
 11. Interprétation de radiographies ou de modèles provenant d'une autre source.
- Analyses et rapports de laboratoire
 12. Analyses microbiologiques, histologiques, cytologiques et de la vitalité pulpaire.
 13. Rapports de laboratoire.
- Restrictions

Aucune prestation n'est payable aux termes de la présente garantie pour des doubles de radiographies.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - AD

Soins de prévention

Les soins de prévention suivants sont couverts.

- Polissage, détartrage et application de fluorure
 1. Polissage des dents, une fois tous les neuf mois.
 2. Détartrage des dents, à raison d'un maximum de 12 unités de temps par année lorsque ces soins sont combinés avec le polissage parodontal des racines.
 3. Application topique de fluorure, une fois tous les neuf mois.
- Scellants
 4. Scellants de puits et fissures sur les prémolaires et les molaires permanentes, tous les cinq ans.
- Mainteneurs d'espace
 5. Mainteneurs d'espace. Les mainteneurs d'espace de type intermédiaire de pont selon la technique du mordantage ne sont couverts que pour les dents centrales ou latérales manquantes.
 6. Entretien des mainteneurs d'espace.
- Autres services
 7. Dispositifs servant à contrôler les mauvaises habitudes, y compris l'examen, l'ajustement, la réparation, la modification et l'enlèvement du dispositif.
 8. Finition d'obturations.
 9. Meulage interproximal des dents.
 10. Retouches aux contours des dents.
- Unité de temps

« Unité de temps » désigne toute période de temps d'au plus 15 minutes.

Chaque acte dentaire équivaut à une unité de temps, peu importe sa durée, lorsque le remboursement est fonction d'un certain nombre d'unités de temps mais que les frais ne sont pas calculés sur une telle base dans le guide des tarifs :

1. en vigueur dans la région où les soins sont donnés; ou
2. applicable au présent régime.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - AD

- Restrictions

Aucune prestation n'est versée pour les fournitures et services suivants.

1. Appareils de fluoration ordinaires.
2. Conseils d'hygiène bucco-dentaire.
3. Conseils en matière de nutrition.

Soins de restauration ordinaires

Les soins de restauration ordinaires suivants sont couverts.

1. Traitement des caries et blessures et soulagement de la douleur.
2. Obturations au moyen d'amalgame ou de matériaux esthétiques. Le remplacement d'une obturation existante est couvert uniquement s'il s'est écoulé au moins deux ans depuis la date à laquelle l'obturation existante a été réalisée ou si celle-ci n'était pas couverte aux termes du présent régime.
3. Tenons de rétention et tenons préfabriqués pour obturations.
4. Couronnes préfabriquées pour dents temporaires.

Soins endodontiques

La garantie couvre, entre autres, les soins endodontiques suivants.

- Traitement radiculaire de la dent

1. Traitement de la chambre pulpaire.
2. Traitement radiculaire de dents permanentes, à raison d'un seul traitement par dent. Cependant, si un premier traitement n'a pas donné les résultats escomptés 18 mois après le traitement, un deuxième traitement sera couvert.
3. Apexification.
4. Soins périapicaux. Les apicectomies ne sont couvertes que pour les dents permanentes.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - AD

Entretien des prothèses amovibles

Les soins d'entretien des prothèses amovibles suivants sont couverts.

1. Rebasage superficiel de prothèses amovibles qui servent depuis au moins six mois, tous les trois ans. Si des frais distincts sont engagés pour le rebasage superficiel de prothèses immédiates, il n'est pas nécessaire que les prothèses amovibles servent depuis au moins six mois.
2. Rebasage complet de prothèses amovibles qui servent depuis au moins deux ans, tous les trois ans.
3. Base élastique lors du rebasage superficiel ou complet de prothèses amovibles une fois expirée la période de trois mois suivant la mise en place, tous les trois ans.

Chirurgie buccale

La garantie rembourse, entre autres, les soins suivants.

1. Extraction de dents.
2. Exposition chirurgicale de dents.
3. Soins suivants nécessaires pour remodeler ou retoucher les contours des tissus buccaux :
 - a) alvéoloplastie mineure; et
 - b) gingivoplastie et stomatoplastie.
4. Incisions chirurgicales.
5. Excision chirurgicale de tumeurs, de kystes et de granulomes.
6. Traitement de fractures, y compris les greffes osseuses de la mâchoire.
7. Traitement de malformations maxillofaciales, y compris les greffes osseuses de la mâchoire et la cheiloplastie.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - AD

Même s'ils ne figurent pas sous la rubrique Chirurgie buccale du Guide du système de codification standard et du répertoire des services de l'Association dentaire canadienne, les obturateurs palatins sont couverts par la présente garantie. Les obturateurs de fissure palatine ne sont cependant pas remboursés.

- Restrictions

Aucune prestation n'est versée pour les soins suivants.

1. Implantologie.
2. Déplacement chirurgical de dents.
3. Soins (autres que ceux indiqués ci-dessus) nécessaires pour remodeler ou retoucher les contours des tissus buccaux. Ces soins sont couverts à titre de soins extraordinaires.
4. Alvéoloplastie ou gingivoplastie consécutives à l'extraction d'une ou de plusieurs dents.

Soins complémentaires

Les soins complémentaires suivants sont couverts.

1. Remèdes légers administrés dans le cas d'une urgence pour soulager la douleur.
2. Injections thérapeutiques.
3. 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.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - AD

SOINS EXTRAORDINAIRES

La garantie couvre les soins extraordinaires suivants.

Couronnes et incrustations de surface

Les frais engagés pour une couronne ou une incrustation de surface ouvrent droit aux prestations lorsque la détérioration de la dent est trop importante pour que l'on puisse la restaurer de façon satisfaisante autrement. Le régime rembourse les frais d'incrustations et de couronnes suivants.

1. Couronnes en métal, en plastique, en porcelaine et en céramique. Lorsqu'une couronne est mise en place sur une molaire, le régime rembourse le coût d'une couronne en métal. Dans le cas d'une intervention complexe, le remboursement se limite au coût d'une couronne ordinaire.
2. Incrustations de surface. Lorsqu'une incrustation de surface avec matériaux esthétiques est mise en place sur une molaire, le remboursement se limite au coût d'une incrustation en métal.
3. Tenons, clés pour moulage et tenons dentinaires nécessaires aux couronnes couvertes.
4. Chapes nécessaires aux couronnes couvertes.
5. Réparation de matériaux esthétiques couverts.
6. Enlèvement et recimentation de couronnes et d'incrustations de surface.

- Remplacements

Le remplacement de couronnes ou d'incrustations de surface est couvert lorsque la restauration date d'au moins cinq ans et que les couronnes ou les incrustations ne peuvent plus servir.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - AD

- Restrictions

Aucune prestation n'est versée pour les fournitures et services suivants.

 1. Facettes prothétiques.
 2. Retouches aux contours de couronnes existantes.
 3. Coloration de la porcelaine.
 4. Incrustations en profondeur, sauf si les soins ouvrent droit à remboursement aux termes de la clause relative aux autres méthodes de traitement possibles.

- Autres méthodes de traitement possibles

Si une couronne ou une incrustation de surface est mise en place, mais qu'un autre traitement aurait permis de restaurer la dent, le remboursement se limite au montant habituellement versé pour les obturations.

Si une incrustation en profondeur est mise en place, le remboursement se limite au montant habituellement versé pour les obturations.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - AD

Prothèses amovibles et ponts

Les ponts ou prothèses amovibles suivants sont couverts lorsqu'ils deviennent nécessaires pour remplacer une ou plusieurs dents naturelles extraites pendant que la personne est couverte à l'égard des soins extraordinaires.

1. Prothèses amovibles complètes ordinaires.
2. Prothèses amovibles partielles ordinaires (moulées ou en acrylique).
3. Prothèses hybrides (ou télescopiques) ou ponts lorsque la mise en place de prothèses amovibles ordinaires (complètes ou partielles) ne constitue pas un traitement adéquat. En ce qui concerne les dispositifs de rétention réalisés au moyen de matériaux esthétiques et les pontiques mis en place sur des molaires, le régime couvre uniquement les frais de dispositifs de rétention et de pontiques en métal.

Le remplacement d'une prothèse amovible ou d'un pont existants est également couvert dans les cas suivants :

1. la prothèse ou le pont existants sont des prothèses temporaires couvertes;
2. la prothèse ou le pont existants servent depuis au moins cinq ans et ne peuvent plus être réparés. Le remplacement d'une prothèse ou d'un pont existants qui servent depuis moins de cinq ans sera remboursé si la prothèse ou le pont en question ne peuvent plus servir pendant que la personne est couverte à l'égard des soins extraordinaires, et ce, par suite :
 - a) de la mise en place d'une première prothèse antagoniste; ou
 - b) de l'extraction d'autres dents. Si d'autres dents sont extraites mais que la prothèse ou le pont existants peuvent encore servir, seuls les frais engagés pour le remplacement des dents extraites sont couverts.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - AD

- Autres méthodes de traitement possibles

- Prothèses hybrides (ou télescopiques) et ponts

Si un premier pont ou des prothèses hybrides (ou télescopiques) ont été mis en place, mais qu'un traitement adéquat aurait été possible à l'aide de prothèses amovibles ordinaires (partielles ou complètes), le régime rembourse :

1. dans le cas de la mise en place de prothèses hybrides (ou télescopiques), le coût de prothèses amovibles complètes ordinaires; ou
2. dans le cas de la mise en place d'un premier pont, le coût :
 - a) de prothèses amovibles partielles ordinaires moulées; et
 - b) de la restauration de dents piliers lorsqu'une telle restauration est nécessaire pour des raisons autres que la mise en place d'un pont.

Si un autre pont est mis en place sur la même arcade dentaire dans les cinq ans de la mise en place du premier pont, le régime rembourse également le coût :

- a) de l'ajout d'une ou de plusieurs dents à une prothèse amovible; et
- b) de la restauration de dents piliers lorsqu'une telle restauration est nécessaire pour des raisons autres que la mise en place d'un pont.

- Autres types de prothèses

Le remboursement est limité aux frais prévus pour des ponts ou des prothèses amovibles ordinaires dans le cas de la mise en place des prothèses ou appareils suivants.

1. Prothèses équilibrées ou gnathologiques.
2. Prothèses amovibles avec attachements de type amortisseur « stress breaker », attachements de précision ou de semi-précision.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - AD

3. Prothèses amovibles avec connecteurs de type « swing lock ».
4. Prothèses hybrides (ou télescopiques) partielles.
5. Prothèses amovibles ou ponts attachés à des implants.

Chirurgie reliée au port d'une prothèse amovible

Les soins chirurgicaux suivants visant le remodelage ou les retouches nécessaires aux contours des tissus buccaux sont couverts.

1. Remodelage, excision, ablation, réduction ou augmentation de l'os alvéolaire.
2. Remodelage du plancher de la bouche.
3. Vestibuloplastie.
4. Reconstruction du procès alvéolaire.
5. Extensions des replis muqueux.
6. Greffes chirurgicales.

Les « stents » sont couverts par la présente garantie, même s'ils ne font pas partie des soins chirurgicaux reliés au port d'une prothèse amovible dans le Guide du système de codification standard et du répertoire des services de l'Association dentaire canadienne.

Entretien des prothèses et appareils

Les soins suivants sont couverts après la période de trois mois suivant la mise en place de l'appareil ou de la prothèse.

- Entretien des prothèses amovibles

1. Réfection de prothèses amovibles, tous les trois ans.
2. Ajustement de prothèses amovibles, une fois par année.
3. Réparation de prothèses amovibles et ajouts nécessaires, conditionnement des tissus et repositionnement des dents d'une prothèse amovible.

- Entretien des ponts

4. Réparation de ponts couverts.
5. Enlèvement et recimentation de ponts.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - AD

PROTECTION EN CAS DE BLESSURE ACCIDENTELLE AUX DENTS

Le traitement d'une blessure accidentelle à des dents naturelles saines ouvre droit aux prestations si :

1. l'accident survient pendant que la personne est couverte à l'égard d'un tel traitement; et
2. le traitement commence au cours des 60 jours suivant l'accident. Cette condition ne s'applique pas si le début du traitement doit être différé passé ces 60 jours en raison de l'état de santé de l'assuré.

On entend par « dent saine » toute dent n'ayant nécessité aucune restauration immédiatement avant l'accident.

On entend par « dent naturelle » toute dent n'ayant pas été remplacée par une dent artificielle.

S'il n'est pas remboursé aux termes de la présente clause, le traitement d'une blessure accidentelle aux dents peut, s'il y a lieu, être couvert en vertu d'autres dispositions d'assurance dentaire au même titre que s'il s'agissait d'une maladie ou d'une malformation dentaires.

Catégorie de soins aux fins du règlement

En vertu de la présente clause, les services diagnostiques, les soins de restauration et de prévention, ainsi que les soins endodontiques, parodontaux, chirurgicaux et complémentaires sont considérés comme des soins dentaires ordinaires. Les restrictions quant à la fréquence ne s'appliquent pas aux services diagnostiques.

Les couronnes, pontiques, premières prothèses amovibles, incrustations de surface et ponts ouvrent droit aux prestations à titre de soins extraordinaires. Les restrictions quant à la fréquence des remplacements ne s'appliquent pas.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - AD

Restrictions

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants.

1. Soins donnés plus de 12 mois après l'accident.
2. Réparation ou remplacement de prothèses amovibles.
3. Services diagnostiques orthodontiques.
4. Traitement orthodontique.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - AD

MONTANT PAYABLE

La Great-West rembourse les frais couverts :

1. qu'une personne engage pendant qu'elle est assurée par la garantie prévoyant l'indemnisation de tels frais; et
2. qui excèdent la franchise.

Le remboursement au titre des frais couverts correspond au moindre d'entre les frais réellement engagés et les frais courants demandés pour les soins, services ou fournitures couverts.

- Frais courants

Les frais courants correspondent au moindre d'entre :

1. le montant applicable aux praticiens généralistes dans le barème des honoraires de soins dentaires indiqué au Tableau des prestations, ou, si les soins sont donnés par un dentiste spécialiste, le montant du barème des honoraires applicables à sa spécialité. Si les soins sont donnés par un denturologiste, les frais indiqués dans le barème des denturologistes s'appliquent. Le barème des soins relatifs aux hygiénistes dentaires s'applique aux soins donnés par un hygiéniste dentaire indépendant;
2. les frais couramment demandés dans la région où les soins sont donnés;
3. les honoraires maximums fixés par la loi.

- Versement des prestations

Tous les frais sont remboursés selon le règlement proportionnel indiqué au Tableau des prestations. L'indemnisation est assujettie à tout plafond applicable aux soins, services et fournitures couverts ainsi qu'au montant maximum par année civile.

- Restrictions quant à la fréquence

Les restrictions quant à la fréquence des soins et les plafonds exprimés en années se rapportent à une période de 12 mois et non à l'année civile.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - AD

Date à laquelle les frais sont engagés

Aux fins de tous les calculs effectués aux termes de la présente disposition contractuelle, les frais sont réputés être engagés à la date à laquelle le traitement prend fin.

Franchises

Toute franchise indiquée au Tableau des prestations vaut pour l'année civile et est affectée aux frais couverts au fur et à mesure qu'ils sont engagés. La franchise individuelle représente le montant maximum pouvant être affecté aux frais couverts engagés par l'assuré. La franchise familiale représente le montant maximum pouvant être affecté aux frais couverts engagés par le salarié et les membres de sa famille.

Montant maximum par année civile

Le montant maximum payable aux termes de la présente disposition contractuelle en remboursement des frais dentaires qu'une personne engage au cours d'une année civile est indiqué au Tableau des prestations. Il n'est pas tenu compte dans ce montant des frais couverts aux termes de la disposition intitulée Protection en cas de blessure accidentelle aux dents. Aucun maximum ne s'applique aux frais engagés par suite d'une blessure accidentelle aux dents.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - AD

RESTRICTIONS GÉNÉRALES

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants.

1. Frais dont la loi interdit tout remboursement de la part d'un assureur privé.
2. Soins, services ou fournitures auxquels la personne couverte a droit gratuitement en vertu d'une loi quelconque ou pour lesquels il y a des frais seulement parce que la personne bénéficie d'une protection d'assurance.
3. Soins, services ou fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable.
4. Soins, services ou fournitures reliés :
 - a) à un traitement donné uniquement à des fins d'esthétique;
 - b) à la correction de malformations congénitales ou liées à la croissance chez les personnes âgées de 19 ans ou plus;
 - c) aux troubles de l'articulation temporo-mandibulaire;
 - d) à la correction de la dimension verticale; ou
 - e) au soulagement de la douleur myofaciale.
5. Frais engagés par suite de la guerre, d'une insurrection, ou de la participation volontaire à une émeute.

Les restrictions générales ci-dessus ne s'appliquent pas lorsqu'elles sont directement incompatibles avec la protection prévue aux termes de la présente disposition contractuelle. Lorsque la protection n'est décrite que dans des termes généraux, il n'est pas censé y avoir incompatibilité.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES

ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE - SALARIÉS

ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ

C'est à la Great-West qu'il incombe de déterminer l'admissibilité aux prestations.

INVALIDITÉ

Les prestations d'assurance invalidité de courte durée prévues par la présente police ne sont versées qu'à l'égard des périodes d'invalidité qui commencent après l'entrée en vigueur de l'assurance du salarié.

L'invalidité est déterminée en fonction des tâches habituelles que le salarié accomplissait chez l'employeur avant le début de son invalidité. Le salarié est réputé souffrir d'invalidité s'il est incapable, par suite d'une blessure ou d'une maladie, de s'acquitter de toute combinaison de tâches qui lui demandait habituellement au moins 60 % de son temps.

Si la maladie ou la blessure du salarié l'empêche de s'acquitter de l'une de ses tâches habituelles, celle-ci sera également réputée l'empêcher d'exécuter :

1. les autres tâches connexes qui doivent être exécutées antérieurement à la tâche en question, et
2. les autres tâches qui doivent être exécutées après la tâche en question.

PÉRIODE D'INVALIDITÉ

Toute période d'invalidité est constituée :

1. de la période d'attente, et
2. de la période d'indemnisation.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ICD

PÉRIODE D'ATTENTE

La période d'attente commence à la date marquant le début de l'invalidité et se poursuit pendant le nombre de jours indiqué au Tableau des prestations.

PÉRIODE D'INDEMNISATION

La période d'indemnisation est définie comme :

1. la période consécutive à la période d'attente pendant laquelle le salarié souffre d'invalidité de façon continue, ou
2. si l'invalidité n'est pas continue, toute période pendant laquelle il y a récurrence de l'invalidité.

La période d'indemnisation ne se poursuit jamais au-delà du nombre de semaines indiqué au Tableau des prestations.

RÉCIDIVE DE L'INVALIDITÉ

Après la période d'attente, une invalidité est dite récidivante si elle est attribuable à la même maladie ou à la même blessure que l'invalidité précédente et si elle commence avant que le salarié n'ait accompli deux semaines complètes et consécutives de travail à plein temps.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ICD

RENTE D'INVALIDITÉ

Le salarié invalide a droit à la rente d'invalidité uniquement après l'expiration de la période d'attente et non pendant la période d'attente. Les prestations sont payables tout au long de la période d'indemnisation.

Rente payable

La rente payable est égale à la rente d'invalidité moins les déductions, le cas échéant, prévues aux termes des clauses de coordination directe et de réadaptation.

- Rente d'invalidité

La rente d'invalidité est indiquée au Tableau des prestations. Tout montant de rente d'invalidité qui ne représente pas un chiffre rond est arrondi au dollar suivant.

La rente d'invalidité est versée au salarié invalide chaque semaine à terme échu. Pour chaque jour d'une période inférieure à une semaine complète, un septième de la rente d'invalidité prévue est versé. Le service de la rente ne commence que lorsque le salarié s'absente effectivement du travail.

- Autres revenus

Le revenu dont il est tenu compte aux fins des clauses de coordination directe et de réadaptation est le revenu payable au cours de toute période d'indemnisation de la présente police.

Tout revenu est considéré comme payable à la date à laquelle le salarié y est admissible, peu importe si le revenu en question a été accordé ou reçu. Si le revenu n'a pas encore été accordé, la Great-West a le droit d'en estimer le montant conformément aux dispositions de tout régime ou de toute loi applicables. Si le salarié reçoit un montant forfaitaire, il est tenu compte uniquement des sommes qui représentent l'indemnité payable pour perte de revenu au cours de la période d'indemnisation.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ICD

- Traitement spécial du revenu imposable
Antérieurement au calcul de la rente payable, le revenu imposable est réduit en le multipliant par le ratio entre la rémunération nette du salarié et sa rémunération hebdomadaire. Cette disposition ne s'applique pas aux prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec.

- Rémunération hebdomadaire
La rémunération hebdomadaire représente 1/52 de la rémunération annuelle.

- Rémunération nette
Par « rémunération nette », on entend la rémunération hebdomadaire du salarié moins les retenues d'impôt fédérales et provinciales, les cotisations au RPC ou au RRQ ainsi qu'à l'assurance-emploi. Les retenues correspondent aux montants que l'employeur serait tenu de prélever sur la rémunération hebdomadaire du salarié déterminés en fonction des hypothèses ci-dessous :
 1. le revenu imposable du salarié correspond à 52 fois sa rémunération hebdomadaire;
 2. les retenues du salarié correspondent à son niveau de revenu dans les tables de retenues sur la paie produites par l'Agence du revenu du Canada et dans les tables provinciales équivalentes; et
 3. les retenues d'impôt reflètent l'avantage que représentent les crédits d'impôt personnels, les crédits d'impôt aux termes du RPC ou du RRQ et les crédits d'assurance-emploi.

Lorsque le niveau de revenu du salarié excède le plafond établi pour les retenues relatives au RPC, au RRQ ou à l'assurance-emploi, les cotisations au RPC ou au RRQ ainsi que les cotisations d'assurance-emploi utilisées correspondront à ses retenues annualisées, divisées par 52.

Les tables et les crédits d'impôt personnels utilisés sont ceux en vigueur la veille du premier jour de la période d'invalidité.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ICD

Clause de coordination directe

La rente d'invalidité est diminuée des revenus provenant des sources indiquées ci-dessous.

1. Prestations d'invalidité auxquelles le salarié a droit, à titre personnel, aux termes :
 - a) du Régime de pensions du Canada;
 - b) du Régime de rentes du Québec; ou
 - c) de tout autre régime en vigueur dans un pays ayant conclu un accord de réciprocité avec l'organisme régissant le Régime de pensions du Canada ou le Régime de rentes du Québec, suivant le cas.

Il n'est pas tenu compte des augmentations qui prennent effet après le début de la période d'indemnisation.

2. Prestations versées en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi analogue, sauf :
 - a) les prestations d'invalidité partielle et permanente payables au cours de chacun des 12 mois précédant une période d'invalidité, et
 - b) les prestations provenant d'un emploi auprès d'un autre employeur.
3. Prestations versées en vertu du Régime québécois d'assurance parentale.
4. Dans la mesure prévue par la loi, indemnités pour perte de revenu versées aux termes d'une assurance automobile provinciale ou territoriale si cette dernière ne prend pas en compte les prestations payables aux termes de la *Loi sur l'assurance-emploi* (Canada) dans le calcul des indemnités.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ICD

Clause de réadaptation

La rente d'invalidité du salarié n'est pas diminuée de la rémunération qu'il reçoit dans le cadre d'un plan ou d'un programme de réadaptation autorisé, sauf si la somme de la rémunération provenant d'un tel plan ou programme, de la rente prévue par la présente police et des revenus des diverses sources indiquées à la clause de coordination directe excède la totalité (100 %) de la rémunération nette qu'il recevait avant son invalidité. Dans ce cas, la rente d'invalidité est diminuée du montant excédant la rémunération nette.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ICD

PRESTATIONS DE RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE

La notion de réadaptation professionnelle englobe tout emploi ou tout programme de formation :

1. visant à permettre au salarié de reprendre son poste ou d'exercer une autre activité lucrative, et
2. recommandés ou approuvés par la Great-West.

Au moment de juger de l'à-propos d'un processus de réadaptation, la Great-West tient compte de facteurs tels que la durée prévue de l'invalidité et les tâches facilitant le retour au travail dans les meilleurs délais.

La Great-West tient compte des besoins de chacun en faisant une distinction entre un programme de réadaptation complet et un plan de réadaptation.

- Programme de réadaptation complet

Un programme de réadaptation complet doit avoir pour but :

1. de permettre au salarié d'occuper un emploi différent exigeant une formation de longue durée; ou
2. de permettre au salarié de reprendre le travail à titre de travailleur autonome.

Par formation de longue durée, on entend tout programme de formation s'étendant sur une période de plus de 12 mois.

- Plan de réadaptation

Un plan de réadaptation doit avoir pour but :

1. de permettre au salarié d'occuper le même emploi;
2. de permettre au salarié d'occuper un emploi différent pour le compte du même employeur; ou
3. de permettre au salarié d'occuper un emploi différent nécessitant des compétences polyvalentes.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ICD

Refus de participer

Le salarié qui refuse de participer à un plan ou un programme de réadaptation qui a été recommandé ou approuvé par la Great-West ou qui n'y participe pas de bonne foi n'aura plus droit aux prestations d'invalidité.

Revenu tiré d'un emploi

Il est tenu compte du revenu tiré d'un emploi au cours de toute période de réadaptation aux fins de la clause de réadaptation.

Dépenses

La Great-West supportera tous les frais raisonnables que le salarié engage dans le cadre du plan ou du programme de réadaptation, à l'exception des dépenses habituelles relatives à un emploi.

Le montant maximum pouvant être versé à ce titre relativement à toute période d'invalidité est fixé à 13 fois la rente d'invalidité.

Tous les frais dont le remboursement est prévu aux termes de la présente clause doivent avoir été autorisés au préalable par la Great-West.

Restriction

Les prestations de réadaptation professionnelle ne sont versées qu'à l'égard de toute période où le salarié a droit aux prestations d'invalidité.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ICD

PROGRAMME DE COORDINATION DES SOINS MÉDICAUX

La coordination des soins médicaux :

1. vise à garantir des soins de qualité au meilleur coût possible, et
2. est recommandée ou approuvée par la Great-West.

Au moment de juger de l'à-propos d'un programme de coordination des soins médicaux, la Great-West tient compte de facteurs tels que la durée prévue de l'invalidité et le niveau d'activité facilitant la stabilisation de l'état de santé.

La Great-West couvre les services suivants lorsqu'ils sont jugés nécessaires.

1. Évaluation du diagnostic initial et du programme de traitement envisagé.
2. Entretien avec le salarié invalide, les membres de sa famille et le médecin traitant pour mieux comprendre le programme de traitement et ses objectifs.
3. Comparaison du programme de traitement du salarié avec les normes de traitement généralement établies dans les cas d'affections similaires et, s'il y a lieu, évaluation des autres méthodes de traitement possibles avec le médecin traitant.
4. Orientation du salarié invalide vers un médecin spécialiste affilié au réseau de coordination des soins médicaux aux fins de l'évaluation du diagnostic.
5. Contrôle et coordination des soins pendant toute la durée de la période d'invalidité en vue de déterminer les changements devant être apportés au programme de traitement afin qu'il continue de répondre aux besoins du salarié en matière de soins de santé.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ICD

6. Orientation du salarié invalide vers des professionnels ou des organismes à l'extérieur du réseau de coordination des soins médicaux aux fins du diagnostic ou du traitement. Les services donnés par ces professionnels ou organismes de l'extérieur sont couverts jusqu'à concurrence des prestations non épuisées aux termes de la clause relative aux dépenses.

Refus de participer

Le salarié qui refuse de participer à un programme de coordination des soins médicaux qui a été recommandé ou approuvé par la Great-West ou qui n'y participe pas de bonne foi n'aura plus droit aux prestations.

Dépenses

La Great-West supportera tous les frais raisonnables afférents aux services et aux installations de réadaptation médicale.

Le montant maximum pouvant être versé à ce titre relativement à toute période d'invalidité est fixé à 13 fois la rente d'invalidité.

Tous les frais dont le remboursement est prévu aux termes de la présente clause doivent avoir été autorisés au préalable par la Great-West.

Aucune prestation n'est payable relativement à toute partie des frais donnant droit à des prestations aux termes d'un régime de l'État.

Restrictions

Le salarié ne peut bénéficier du programme de coordination des soins médicaux qu'à l'égard de toute période où il a droit à des prestations d'invalidité. La Great-West ne garantit aucune protection aux termes du programme de coordination des soins médicaux après le retour au travail du salarié, à moins qu'il ne reçoive des prestations de réadaptation professionnelle.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ICD

RESTRICTIONS GÉNÉRALES

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants.

- Traitement raisonnable et courant

1. Période :

- a) précédant la date à laquelle le salarié a été soigné pour la première fois par un docteur en médecine légalement autorisé; ou
- b) pendant laquelle le salarié refuse de se soumettre à un traitement raisonnable et courant ou ne se conforme pas aux prescriptions d'un tel programme.

On entend par « traitement raisonnable et courant » une série régulière de soins :

- a) donnés ou prescrits par un docteur en médecine légalement autorisé ou autre fournisseur de soins de santé, ou encore fournis dans un établissement de soins de santé;
- b) habituellement indiqués, quant à la nature et à la fréquence, dans le cas de l'affection dont souffre le salarié; et
- c) pour lesquels la présence, la participation et les progrès peuvent être vérifiés dans des dossiers médicaux.

Nonobstant ce qui précède, compte tenu de la nature ou de la gravité de l'affection dont souffre le salarié, pour que le traitement soit considéré comme raisonnable et courant, la Great-West peut exiger :

- a) que le salarié soit suivi par un docteur en médecine légalement autorisé au lieu d'être suivi par un autre fournisseur de soins de santé, ou en plus de ce dernier, ou dans un autre établissement de soins de santé; et

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ICD

- b) que le traitement soit prescrit par un docteur en médecine légalement autorisé reconnu comme étant un spécialiste autorisé possédant les compétences nécessaires au traitement de l'affection invalidante et être donné par ce dernier ou sous sa supervision;

Si l'invalidité du salarié est imputable à une toxicomanie, le traitement doit être chapeauté par un docteur en médecine légalement autorisé et l'objectif premier du traitement doit être l'abstinence, à moins d'approbation contraire par la Great-West.

- | | | |
|--|----|--|
| - Plan ou programme de réadaptation | 2. | Période pendant laquelle le salarié refuse de participer à un plan ou un programme de réadaptation qui a été recommandé ou approuvé par la Great-West ou pendant laquelle il n'y participe pas de bonne foi. |
| - Programme de coordination des soins médicaux | 3. | Période pendant laquelle le salarié refuse de participer à un programme de coordination des soins médicaux qui a été recommandé ou approuvé par la Great-West ou pendant laquelle il n'y participe pas de bonne foi. |
| - Congé autorisé ou mise à pied | 5. | Durée prévue d'un congé autorisé ou d'une mise à pied. Le congé autorisé est censé commencer à la date que le salarié et l'employeur ont fixée d'un commun accord. |
- La présente restriction ne s'applique pas à toute période d'un congé de maternité au cours de laquelle la salariée souffre d'invalidité attribuable à la grossesse. Si un enfant naît avant le début d'un congé de maternité préétabli, le congé est réputé commencer à la date de l'accouchement.
- | | | |
|------------------------|----|--|
| - Exercice d'un emploi | 6. | Période pendant laquelle le salarié exerce un emploi, à moins que ce ne soit dans le cadre d'un plan ou d'un programme de réadaptation autorisé. |
|------------------------|----|--|

**Dispos. contractuelles - Invalidité
Invalidité de courte durée**

D-ICD 12

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ICD

- | | |
|--|---|
| - Traitement reçu à des fins esthétiques | 7. Période normale de convalescence pour un traitement reçu uniquement à des fins esthétiques. Cette restriction ne s'applique pas lorsque le traitement est entrepris en raison d'une maladie ou d'une blessure. |
| - Peine d'emprisonnement | 8. Période durant laquelle le salarié est incarcéré dans une prison ou dans tout autre établissement similaire. |
| - Guerre, insurrection, émeute | 9. Invalidité attribuable à la guerre, ou à une insurrection, ou à la participation volontaire à une émeute. |

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE - SALARIÉS

ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ

C'est à la Great-West qu'il incombe de déterminer l'admissibilité aux prestations.

INVALIDITÉ

Les prestations prévues par la présente police ne sont versées qu'à l'égard des périodes d'invalidité qui commencent après l'entrée en vigueur de l'assurance du salarié.

Pendant la période d'évaluation initiale

Pendant la période d'évaluation initiale indiquée au Tableau des prestations, le salarié est réputé souffrir d'invalidité :

1. si une maladie ou une blessure l'empêche de s'acquitter des tâches essentielles de sa profession habituelle; et
2. s'il n'occupe aucun emploi lui procurant un revenu égal ou supérieur à la rente d'invalidité prévue par le présent régime, telle qu'elle figure au Tableau des prestations (exception faite d'un emploi exercé dans le cadre d'un plan de réadaptation).

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ILD

Après la période d'évaluation initiale

Après la période d'évaluation initiale, le salarié est réputé souffrir d'invalidité s'il ne peut exercer une activité lucrative par suite d'une maladie ou d'une blessure.

- Activité lucrative

On entend par « activité lucrative » tout emploi :

1. que l'état de santé du salarié lui permet d'exercer;
2. pour lequel le salarié possède la qualification minimum nécessaire;
3. qui garantit au salarié un revenu au moins égal à 50 % de sa rémunération mensuelle; et
4. qui est offert dans la province ou le territoire de résidence du salarié ou dans la province ou le territoire où le salarié travaillait antérieurement à son invalidité.

Il n'est pas tenu compte de la disponibilité de l'emploi dans l'évaluation de l'invalidité.

Perte d'un permis

La perte de tout permis requis dans le cadre de l'emploi ne sera pas prise en considération dans l'évaluation de l'invalidité.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ILD

PÉRIODE D'INVALIDITÉ

La période d'invalidité est constituée de :

1. la période d'attente, et de
2. la période d'indemnisation.

PÉRIODE D'ATTENTE

La période d'attente part de la date à laquelle le salarié souffre d'invalidité de façon continue pour la première fois et se poursuit pendant le nombre de jours indiqué au Tableau des prestations.

Dans le cas où l'invalidité ne se poursuit pas de façon continue pendant toute la durée de la période d'attente, il y a cumul du nombre de jours pendant lesquels le salarié souffre d'invalidité jusqu'à concurrence du nombre de jours de la période d'attente, à condition :

1. qu'il n'y ait pas plus de deux semaines d'intervalle entre chaque période d'invalidité, et
2. que l'invalidité soit attribuable à la même maladie ou blessure.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ILD

PÉRIODE D'INDEMNISATION

La période d'indemnisation est définie comme :

1. la période consécutive à la période d'attente pendant laquelle le salarié souffre d'invalidité de façon continue, plus
2. si l'invalidité n'est pas continue, toute période pendant laquelle il y a récurrence de l'invalidité.

La période d'indemnisation ne se poursuit jamais au-delà du 65^e anniversaire du salarié.

RÉCIDIVE DE L'INVALIDITÉ

Après la période d'attente, une invalidité est dite récidivante si elle est attribuable à la même maladie ou blessure que l'invalidité précédente et si elle commence :

1. dans les six mois qui suivent la fin de l'invalidité précédente, ou
2. dans les six mois qui suivent la fin d'un plan de réadaptation autorisé.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ILD

RENTE D'INVALIDITÉ

Le salarié invalide a droit à la rente d'invalidité uniquement après l'expiration de la période d'attente et non pendant la période d'attente. Les prestations sont payables tout au long de la période d'indemnisation.

Rente payable

La rente payable est égale à la rente d'invalidité indiquée au Tableau des prestations moins les déductions, le cas échéant, prévues aux termes de la clause de coordination directe et de celle relative au maximum de toutes les sources. La rente d'invalidité est versée mensuellement au salarié, à terme échu. Un trentième de la rente d'invalidité est payable relativement à chaque jour de toute période de moins d'un mois.

La Great-West peut, à sa discrétion, verser la rente d'invalidité plus d'une fois par mois, au prorata.

- Autres revenus

Le revenu dont il est tenu compte aux fins de la clause de coordination directe et de la clause relative au maximum de toutes les sources est le revenu payable au cours de toute période d'indemnisation de la présente police.

À l'exception des prestations de retraite, tout revenu est considéré être payable à la date à laquelle le salarié y est admissible, peu importe si le revenu en question a été accordé ou reçu. Si le revenu n'a pas encore été accordé, la Great-West a le droit d'en estimer le montant conformément aux dispositions de tout régime ou de toute loi applicables. Les prestations de retraite sont considérées être payables à la date à laquelle le salarié les reçoit.

Si le salarié reçoit un montant forfaitaire, il est tenu compte uniquement de la partie qui représente l'indemnité payable pour perte de revenu au cours de la période d'indemnisation.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ILD

- Traitement spécial du revenu imposable
Antérieurement au calcul de la rente payable, le revenu imposable est diminué des retenues précisées dans la définition de rémunération nette du présent régime. Cette disposition ne s'applique pas aux prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec ni aux prestations de tout autre régime similaire en vigueur dans un pays ayant conclu un accord de réciprocité avec le Canada ou le Québec.
- Rémunération mensuelle
La rémunération mensuelle représente 1/12 de la rémunération annuelle.
- Rémunération nette
Par « rémunération nette », on entend la rémunération mensuelle du salarié moins les retenues d'impôt fédérales et provinciales, les cotisations au RPC ou au RRQ ainsi qu'à l'assurance-emploi.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ILD

Clause de coordination directe

Aux termes de la présente clause, la rente d'invalidité est diminuée des revenus provenant des sources indiquées ci-dessous.

1. 92,5 % des prestations d'invalidité auxquelles le salarié a droit, à titre personnel, aux termes :
 - a) du Régime de pensions du Canada;
 - b) du Régime de rentes du Québec;
ou
 - c) de tout autre régime similaire en vigueur dans un pays ayant conclu un accord de réciprocité avec le Canada ou le Québec.

2. Prestations de retraite auxquelles le salarié a droit, à titre personnel, aux termes :
 - a) du Régime de pensions du Canada;
 - b) du Régime de rentes du Québec;
ou
 - c) de tout autre régime similaire en vigueur dans un pays ayant conclu un accord de réciprocité avec le Canada ou le Québec.

Il n'est pas tenu compte des prestations payables au cours de chacun des 12 mois précédant une période d'invalidité.

3. Prestations versées en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi analogue, sauf :
 - a) les prestations d'invalidité partielle et permanente payables au cours de chacun des 12 mois précédant une période d'invalidité, et
 - b) les prestations provenant d'un emploi auprès d'un autre employeur.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ILD

4. Prestations d'invalidité de courte durée aux termes d'un régime parrainé par l'employeur ou prestations de maladie de l'employeur.
5. Indemnités pour perte de revenu prévues par une assurance-automobile, lorsque la loi le permet.
6. Montant correspondant à 50 % de la rémunération reçue dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé.
7. Prestations versées aux termes du Régime québécois d'assurance parentale.

Clause relative au maximum de toutes les sources

Aux termes de la présente clause, la rente d'invalidité du salarié est diminuée lorsque la rente en question augmentée des revenus provenant des sources indiquées ci-dessous excède le maximum de toutes les sources indiqué au Tableau des prestations. Dans ce cas, la rente d'invalidité est diminuée du montant excédant le maximum de toutes les sources.

1. Prestations auxquelles le salarié ou un membre de sa famille a droit conformément à la législation en vigueur pour perte de revenu consécutive à l'invalidité du salarié, exception faite des prestations d'assurance-emploi et des indemnités prévues par une assurance-automobile.
2. Portion de toute indemnité versée aux victimes d'actes criminels visant à remplacer le revenu, sauf les indemnités dont le calcul comprend la rente d'invalidité de longue durée offerte aux termes du présent régime.
3. Prestations d'invalidité versées aux termes d'une assurance offerte aux membres d'une association, compte non tenu des prestations payables au cours de chacun des 12 mois précédant une période d'invalidité.

**Dispos. contractuelles - Invalidité
Invalidité de longue durée**

D-ILD 8

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ILD

4. Rémunération, prestations d'invalidité ou prestations de retraite provenant d'un emploi, exception faite des sommes suivantes.
 - a) Prestations d'invalidité versées en nature aux termes d'une assurance-vie.
 - b) Prestations reçues aux termes d'un régime de retraite auquel l'employeur ne contribue pas.
 - c) Revenu provenant d'un emploi auprès d'un autre employeur payable au cours de chacun des 12 mois précédant une période d'invalidité. La rémunération, les prestations d'invalidité et les prestations de retraite provenant d'un même emploi sont considérées globalement pendant la période de 12 mois indiquée ci-dessus, à condition qu'il n'y ait pas eu d'interruption dans le versement. Les périodes d'attente prévues en cas d'invalidité ne constituent pas une interruption dans le versement.
 - d) Prestations d'invalidité de courte durée aux termes d'un régime parrainé par l'employeur ou prestations de maladie de l'employeur.
 - e) Rémunération reçue dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé. Il est tenu compte de ce revenu aux termes des clauses de coordination directe et de réadaptation.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ILD

Les indemnités de cessation d'emploi, les prestations de départ et toute autre indemnité similaire versée en cas de cessation d'emploi, y compris toute indemnité tenant lieu de préavis, constituent un revenu d'emploi aux termes de la présente disposition.

- Commissions
Aux termes de la présente clause, si le revenu utilisé est versé sous forme de commissions, il ne sera pas diminué des dépenses engagées aux fins de gagner des commissions.
- Récidive de l'invalidité
S'il y a récidive de l'invalidité, les prestations d'invalidité provenant d'un emploi et payables après le début de la période d'invalidité sont coordonnées suivant la clause de coordination directe plutôt que suivant la présente clause relative au maximum de toutes les sources.

Clause de réadaptation

La rente d'invalidité du salarié n'est pas diminuée de la rémunération qu'il reçoit dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé, sauf si la somme de 50 % de la rémunération provenant d'un tel plan, de la rente prévue par la présente police et des revenus des diverses sources indiquées à la clause de coordination directe et à celle relative au maximum de toutes les sources excède la totalité (100 %) de la rémunération nette qu'il recevait avant son invalidité. Dans ce cas, la rente d'invalidité est diminuée du montant excédant la rémunération nette.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ILD

INDEXATION

Les dispositions suivantes visent à garantir une protection contre l'inflation.

Évaluation

Lorsque la Great-West évalue la capacité d'un salarié à exercer une activité lucrative, elle multiplie la rémunération mensuelle de ce dernier par un facteur d'indexation établi en fonction de l'indice des prix à la consommation.

Rajustement

Le montant de la rente payable au salarié est rajusté un an après le début de la période d'indemnisation et annuellement par la suite de manière à garantir une protection contre l'inflation. À ces dates, le plafond du revenu aux termes de la clause de réadaptation est multiplié par le facteur d'indexation établi en fonction de l'indice des prix à la consommation. Ce facteur n'est pas affecté à la rente brute ni au maximum de toutes les sources.

Autres revenus

Lors du rajustement de la rente payable, les augmentations attribuables à la hausse du coût de la vie qui s'appliquent au revenu décrit à la clause de coordination directe et à la clause relative au maximum de toutes les sources et qui prennent effet au cours d'une période d'indemnisation ne sont pas prises en compte dans le revenu aux fins de la clause de coordination directe, de la clause relative au maximum de toutes les sources et de la clause de réadaptation.

La présente disposition ne s'applique pas à la rémunération reçue dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ILD

Facteur d'indexation en fonction de l'indice des prix à la consommation

Le facteur d'indexation en fonction de l'indice des prix à la consommation en vigueur à la date d'évaluation ou de rajustement est le ratio entre l'indice des prix à la consommation trois mois avant la date en question et l'indice des prix à la consommation trois mois avant le début de la période d'indemnisation.

Modification de l'indice des prix à la consommation

Advenant un changement dans la méthode de calcul de l'indice des prix à la consommation :

1. l'indice des prix à la consommation serait utilisé pour la période antérieure au changement en question, et
2. une mesure appropriée de l'inflation serait utilisée pour la période postérieure au changement en question.

Indice des prix à la consommation

L'indice des prix à la consommation désigne l'indice des prix à la consommation du Canada pour tous les articles (non désaisonnalisé).

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ILD

RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE

La notion de réadaptation professionnelle englobe tout emploi ou tout programme de formation :

1. visant à permettre au salarié de reprendre son emploi ou d'exercer une autre activité lucrative, et
2. recommandés ou approuvés par la Great-West.

Au moment de déterminer si elle recommande ou approuve une proposition de plan de réadaptation, la Great-West tient compte de facteurs tels que la durée prévue de l'invalidité et le niveau d'activité requis pour faciliter un retour au travail dans les meilleurs délais.

Un plan de réadaptation doit avoir pour but :

1. de permettre au salarié d'occuper le même emploi;
2. de permettre au salarié d'occuper un emploi différent pour le compte du même employeur; ou
3. de permettre au salarié d'occuper un emploi différent nécessitant des compétences polyvalentes.

Refus de participer

Le salarié qui refuse de suivre un plan de réadaptation qui a été recommandé ou approuvé par la Great-West ou qui ne s'y soumet pas de bonne foi n'aura plus droit aux prestations d'invalidité.

Durée

La Great-West doit approuver la durée du plan de réadaptation. Une fois la durée approuvée, la période d'indemnisation sera égale à celle du plan de réadaptation autorisé, à condition que le salarié participe au plan de réadaptation de bonne foi.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ILD

Revenu tiré d'un emploi

Il est tenu compte du revenu tiré d'un emploi au cours de toute période de réadaptation aux fins des clauses de coordination directe et de réadaptation.

Dépenses

La Great-West peut, à sa discrétion, supporter les frais raisonnables liés à un plan de réadaptation, autres que les dépenses habituelles relatives à un emploi.

Tous les frais dont le remboursement est prévu aux termes de la présente clause doivent avoir été autorisés au préalable par la Great-West.

Restriction

Les prestations de réadaptation professionnelle ne sont versées qu'à l'égard de toute période où le salarié a droit aux prestations d'invalidité.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ILD

COORDINATION DES SOINS MÉDICAUX

La coordination des soins médicaux est un programme qui :

1. vise à garantir des soins de qualité au meilleur coût possible,
2. vise à faciliter la stabilisation de l'état de santé; et
3. est recommandée ou approuvée par la Great-West.

Au moment de déterminer si elle recommande ou approuve un programme de coordination des soins médicaux, la Great-West tient compte de facteurs tels que la durée prévue de l'invalidité et le niveau d'activité facilitant la stabilisation de l'état de santé.

Un programme de coordination des soins médicaux peut inclure les services suivants :

1. Entretien avec le salarié invalide, les membres de sa famille et le médecin traitant pour mieux comprendre le plan de traitement et ses objectifs.
2. Comparaison du plan de traitement du salarié avec les normes de traitement généralement établies dans les cas d'affections similaires et, s'il y a lieu, évaluation des autres méthodes de traitement possibles avec le médecin traitant.
3. Orientation du salarié invalide vers des professionnels, y compris des médecins spécialistes, ou vers des établissements à des fins de diagnostic ou de traitement.

Refus de participer

Le salarié qui refuse de participer à un programme de coordination des soins médicaux qui a été recommandé ou approuvé par la Great-West ou qui n'y participe pas de bonne foi n'aura plus droit aux prestations.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ILD

Dépenses

La Great-West peut, à sa discrétion, supporter les frais raisonnables liés à un programme de coordination des soins médicaux.

Tous les frais dont le remboursement est prévu aux termes de la présente clause doivent avoir été autorisés au préalable par la Great-West.

Aucune prestation n'est payable relativement à toute partie des frais donnant droit à des prestations aux termes d'un régime de l'État.

Restrictions

Le salarié ne peut bénéficier du programme de coordination des soins médicaux qu'à l'égard de toute période où il a droit à des prestations d'invalidité. La Great-West ne garantit aucune protection aux termes du programme de coordination des soins médicaux après le retour au travail du salarié, à moins qu'il ne reçoive des prestations de réadaptation professionnelle.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ILD

RESTRICTIONS GÉNÉRALES

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants.

- État de santé préexistant

1. Invalidité attribuable à une maladie ou à une blessure pour laquelle le salarié a reçu des soins médicaux antérieurement à la prise d'effet de son assurance. Le salarié est réputé avoir reçu des soins médicaux s'il a consulté un médecin, s'il a pris des médicaments recommandés par le médecin ou s'il a reçu d'autres soins ou fournitures médicaux.

Cette restriction ne s'applique pas lorsque le salarié devient invalide :

- a) après avoir été assuré de façon continue pendant un an, ou
- b) après une période continue de 90 jours se terminant au plus tôt à la date d'effet de son assurance et pendant laquelle il n'a reçu aucun soins médicaux relativement à la maladie ou à la blessure dont il souffre.

- Traitement raisonnable et courant

2. Période pendant laquelle le salarié refuse de se soumettre à un traitement raisonnable et courant ou ne se conforme pas aux prescriptions d'un tel programme.

On entend par « traitement raisonnable et courant » une série régulière de soins :

- a) donnés ou prescrits par un docteur en médecine légalement autorisé à exercer sa profession, et
- b) habituellement indiqués, quant à la nature et à la fréquence, dans le cas de l'affection dont souffre le salarié.

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ILD

Lorsque la Great-West le juge approprié, compte tenu de la gravité de l'affection dont souffre le salarié, le traitement doit être prescrit par un spécialiste autorisé possédant les compétences nécessaires au traitement de l'affection invalidante et, s'il y a lieu, être donné par ce dernier ou sous sa supervision.

Si l'invalidité du salarié est imputable en partie à une toxicomanie, le traitement doit comprendre une cure de désintoxication dans le cadre d'un programme reconnu.

- | | | |
|--|----|---|
| - Autres prestations d'invalidité | 3. | Période pendant laquelle le salarié ne fait pas le nécessaire pour demander d'autres prestations d'invalidité ou le maintien du versement de ces prestations, ou pour appeler d'une décision prise à l'égard de ces prestations, lorsque la Great-West le juge approprié. |
| - Plans de réadaptation | 4. | Période pendant laquelle le salarié refuse de participer à un plan de réadaptation qui a été recommandé ou approuvé par la Great-West ou pendant laquelle il n'y participe pas de bonne foi. |
| - Programme de coordination des soins médicaux | 5. | Période pendant laquelle le salarié refuse de participer à un programme de coordination des soins médicaux qui a été recommandé ou approuvé par la Great-West ou pendant laquelle il n'y participe pas de bonne foi. |
| - Évaluations médicales/professionnelles | 6. | Période pendant laquelle le salarié omet de se livrer à une évaluation médicale ou professionnelle exigée par la Great-West ou de s'y soumettre de bonne foi. |

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES - ILD

- Congé autorisé
 - Absence du Canada
 - Incarcération, détention ou emprisonnement
 - Guerre, insurrection, émeute
7. Durée prévue d'un congé autorisé. Le congé autorisé est censé commencer à la date que le salarié et l'employeur ont fixée d'un commun accord.

La présente restriction ne s'applique pas à toute période d'un congé de maternité au cours de laquelle la salariée souffre d'invalidité attribuable à la grossesse. Si un enfant naît avant le début d'un congé de maternité préétabli, le congé est réputé commencer à la date de l'accouchement.
 8. Période pendant laquelle le salarié est à l'extérieur du Canada. Cette restriction ne s'applique pas pendant les 30 premiers jours d'absence ou si la Great-West a autorisé l'absence avant le départ du salarié.
 9. Période pendant laquelle le salarié est incarcéré, détenu ou emprisonné par autorité de justice.
 10. Invalidité attribuable à la guerre, ou à une insurrection, ou encore à la participation volontaire à une émeute.

DISPOSITIONS DE RÈGLEMENT

DÉCLARATION DE SINISTRE-INVALIDITÉ

- Demande d'exonération des primes - Assurance-vie

Les dispositions suivantes traitent des modalités de déclaration de tout sinistre-invalidité.

La Great-West ne saurait être tenue responsable relativement à toute demande d'exonération des primes aux termes de l'assurance-vie si la déclaration de sinistre initiale, en cas d'invalidité ouvrant droit aux prestations, lui parvient plus de six mois après la première des dates ci-dessous :

1. la date marquant la fin d'une période ayant commencé après le dernier jour de travail du salarié et correspondant à la période d'attente prévue en cas d'invalidité; ou
2. la date d'expiration de la présente police.

« Invalidité ouvrant droit aux prestations » s'entend d'une invalidité répondant à la définition donnée de ce terme dans la garantie d'exonération des primes aux termes de l'assurance-vie prévue par la présente police.

- Demande de prestations d'invalidité de courte durée ou de longue durée

Afin d'accélérer l'évaluation de la demande du salarié, la déclaration portant à la connaissance de la Great-West la survenance de tout sinistre-invalidité doit parvenir à cette dernière au plus tard dix jours après le début de l'invalidité.

Aucune prestation d'invalidité n'est payable si la Great-West reçoit la déclaration de sinistre initiale plus de trois mois après la première des dates ci-dessous :

1. la date d'expiration de la période d'attente; ou
2. la date d'expiration de la présente police.

DISPOSITIONS DE RÈGLEMENT

PREUVE DE SINISTRE

Les dispositions suivantes décrivent les exigences de la Great-West relativement à la production de la preuve de sinistre.

- Capital-décès
La Great-West ne verse le capital-décès prévu aux termes de la présente police qu'après avoir reçu une preuve satisfaisante de l'admissibilité au règlement.
- Exonération des primes - Assurance-vie
La Great-West n'exonère le salarié du paiement des primes exigibles aux termes de l'assurance-vie prévue par la présente police relativement à toute période d'invalidité qu'après avoir reçu une preuve satisfaisante de l'admissibilité à l'exonération.
- Prestations en cas de mutilation ou de sinistre particulier
La Great-West ne verse des prestations aux termes de la présente police en cas de mutilation ou de sinistre particulier qu'après avoir reçu une preuve satisfaisante de l'admissibilité au règlement.
- Prestations d'assurance invalidité
La Great-West ne verse des prestations d'assurance invalidité relativement à toute période d'invalidité qu'après avoir reçu une preuve satisfaisante de l'admissibilité aux prestations.
- Prestations d'assurance-maladie supplémentaire et d'assurance dentaire
La Great-West verse des prestations d'assurance-maladie supplémentaire et d'assurance dentaire aux termes de la présente police uniquement en remboursement des frais pour lesquels une preuve satisfaisante de l'admissibilité au règlement a été présentée. Lorsque la Great-West l'exige, l'assuré doit soumettre les radiographies et les modèles d'étude faits avant le début du traitement pour avoir droit aux prestations d'assurance dentaire.
- Responsabilité du demandeur
Le demandeur doit fournir à la Great-West les renseignements qu'elle juge nécessaires afin d'établir s'il a droit aux prestations et les autorisations en vue d'obtenir ces renseignements d'autres personnes ou organismes.

DISPOSITIONS DE RÈGLEMENT

- Non-responsabilité après le délai maximum

Le demandeur doit fournir à la Great-West les renseignements et les autorisations qu'elle juge nécessaires relativement à la demande de prestations d'invalidité dans les délais indiqués ci-dessous :

1. trois mois, en ce qui concerne l'assurance invalidité; ou
2. six mois, en ce qui concerne la garantie d'exonération des primes aux termes de l'assurance-vie.

Si le demandeur ne lui répond pas dans le délai prescrit, la responsabilité de la Great-West à l'égard de la demande de règlement en question prend fin.

Aucune prestation n'est payable si la Great-West reçoit la preuve de la mutilation ou du sinistre particulier plus de 15 mois après la date du sinistre.

Aucune prestation n'est payable si la Great-West reçoit la demande de règlement aux termes de l'assurance-maladie supplémentaire ou de l'assurance dentaire plus de 15 mois après la date à laquelle l'assuré a reçu les soins, services ou fournitures.

RAPPORT D'ÉVALUATION EN CAS D'INVALIDITÉ

La Great-West fait parvenir au salarié frappé d'invalidité un rapport d'évaluation indiquant à l'égard de toute demande d'exonération des primes aux termes de l'assurance-vie ou de toute demande de prestations d'invalidité :

1. s'il est admissible aux garanties ou non;
2. si d'autres renseignements sont nécessaires ou non; et
3. dans le cas où il n'est pas admissible aux garanties, la raison de sa non-admissibilité et les procédures d'appel possibles.

DISPOSITIONS DE RÈGLEMENT

CALCUL PRÉALABLE DES PRESTATIONS DE SOINS DENTAIRES

Il est préférable, afin de déterminer à l'avance le montant des prestations, que l'assuré soumette un plan de traitement à la Great-West avant le début de tout traitement dentaire pouvant coûter au moins 200 \$.

À la réception du plan de traitement, la Great-West calcule les prestations payables aux termes de la présente police d'après l'estimation donnée dans le plan et communique à l'assuré le montant en question. Toutefois, les prestations ainsi calculées ne valent que si le traitement commence dans les 90 jours qui suivent la remise du plan de traitement.

- Plan de traitement

Le plan de traitement préparé par le fournisseur de soins dentaires doit renfermer les renseignements suivants :

1. les soins recommandés en vue de traiter adéquatement le patient;
2. la date approximative de la fin du traitement; et
3. le coût estimatif des soins.

REVUE SIMULTANÉE D'UTILISATION DE MÉDICAMENTS

Les demandes de règlement pour des frais de médicaments couverts engagés au Canada et soumises électroniquement au gestionnaire de demandes de règlement électroniques pour médicaments nommé par la Great-West sont assujetties à une revue simultanée d'utilisation de médicaments au point de vente afin de déterminer si :

1. une interaction défavorable est possible entre le médicament prescrit et un autre médicament que prend déjà le malade;
2. un médicament prescrit peut être nocif à un malade qui est un enfant ou une personne âgée;
3. un renouvellement d'ordonnance est rempli trop tôt ou trop tard;

DISPOSITIONS DE RÈGLEMENT

4. un médicament prescrit contient des ingrédients de la même catégorie thérapeutique qu'un autre médicament pris actuellement ou qui a été pris récemment et dont les ingrédients demeurent actifs dans le système du malade;
5. la durée de la thérapie prescrite tombe en dehors des limites maximum et minimum recommandées du fabricant du médicament;
6. la dose quotidienne prescrite d'un médicament ne respecte pas les recommandations du fabricant quant au groupe d'âge visé;
7. un médicament prescrit est conçu seulement pour l'usage d'une personne du sexe opposé au malade.

Selon le résultat de la revue, le pharmacien peut refuser d'exécuter une ordonnance telle qu'elle est prescrite.

- Exceptions

Les demandes de règlement pour des médicaments couverts ne sont pas assujetties à la revue simultanée d'utilisation de médicaments si :

1. l'ordonnance est exécutée dans une pharmacie qui n'est pas aménagée pour offrir ce service; ou
2. les médicaments sont des préparations ou des composés extemporanés.

- Déni de responsabilité

Ni la Great-West ni le gestionnaire de demandes de règlement électroniques pour médicaments ne garantissent, ne contestent ni ne se portent garants de la justesse ou de l'intégralité des renseignements sur le malade utilisés pour la revue simultanée d'utilisation des médicaments ou des résultats de la revue ni ne sont responsables de toute décision prise par un pharmacien par suite de la revue simultanée d'utilisation de médicaments.

DISPOSITIONS DE RÈGLEMENT

VERSEMENT DES PRESTATIONS D'ASSURANCE-MALADIE SUPPLÉMENTAIRE ET D'ASSURANCE DENTAIRE

Les prestations d'assurance-maladie supplémentaire et d'assurance dentaire sont versées au salarié, sauf dans les cas ci-dessous.

1. Il s'agit de prestations pour des demandes de règlement de médicaments sur ordonnance présentées par l'entremise du système de demandes de règlement électroniques établi par le gestionnaire de demandes de règlement électroniques pour médicaments. Dans un tel cas, les prestations lui sont versées.
2. Le salarié demande que les prestations soient cédées à la personne qui lui a procuré les soins, services ou fournitures. Une telle cession des prestations ne sera faite toutefois que si elle est conforme à la politique de la Great-West en vigueur à la date du règlement.

REMBOURSEMENT DU TROP- PERÇU

Si des prestations qui n'auraient pas dû être versées aux termes de la présente police sont payées, le salarié est tenu de les rembourser dans les 30 jours suivant l'envoi par la Great-West d'un avis de paiement en trop ou à l'intérieur d'un délai plus long convenu par écrit avec la Great-West. Si le salarié ne respecte pas cette obligation, le versement des prestations au titre de la présente police est interrompu jusqu'au remboursement du paiement en trop. Cette action ne limite aucunement le droit de la Great-West à recouvrer par d'autres moyens légaux les sommes versées en trop.

DISPOSITIONS DE RÉGLEMENT

SUBROGATION ET DROIT DE RECOUVREMENT

Lorsque la responsabilité de l'invalidité de l'assuré incombe à une autre partie, et que la loi le permet, la Great-West peut être entièrement subrogée relativement aux prestations payables à l'assuré pour la perte de revenus. La Great-West a également le droit de recouvrer les prestations versées à l'assuré aux termes de la présente police lorsque ce dernier a déjà été indemnisé par une autre partie. La Great-West n'est toutefois pas tenue d'exercer ses droits de subrogation et de recouvrement.

ACTIONS EN JUSTICE

Toute action en justice ou procédure judiciaire intentée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables en vertu du contrat est strictement interdite, à moins qu'elle ne soit intentée à l'intérieur du délai prescrit par l'*Insurance Act* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), la *Loi sur les assurances* (pour une action en justice ou une procédure régie par la loi du Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Ontario) ou dans toute autre loi applicable. Pour les actions en justice ou procédures judiciaires régies par les lois du Québec, le délai de prescription est prévu dans le Code civil du Québec.

BÉNÉFICIAIRE

Le salarié peut effectuer, modifier ou révoquer une désignation de bénéficiaire, dans la mesure permise par loi. Toute désignation de bénéficiaire que le salarié a effectuée aux termes de l'ancienne police de l'employeur antérieurement à la date d'effet de la présente police s'applique à la présente police jusqu'à ce que le salarié change cette désignation de bénéficiaire.

DISPOSITIONS DE RÈGLEMENT

COORDINATION DES PRESTATIONS

Les prestations d'assurance-maladie supplémentaire et d'assurance dentaire sont coordonnées avec les prestations prévues par toute autre garantie similaire.

Régimes de l'État

Les frais couverts en vertu des présentes sont diminués de tout montant accordé par un régime de l'État. Les frais ainsi réduits sont alors considérés comme les frais couverts aux termes de toute autre disposition de coordination et sont assujettis à la franchise, au règlement proportionnel et au remboursement maximum prévus par le présent régime.

On entend par « régime de l'État » un régime géré, capitalisé ou régi par l'État mais non un régime collectif établi à l'intention des fonctionnaires.

Régimes collectifs

- Régime du deuxième assureur

Les prestations payables sont réduites lorsque le présent régime est considéré comme le régime du deuxième assureur. La réduction représente l'excédent de la totalité des prestations prévues par tous les régimes collectifs sur les frais admissibles. On entend par « frais admissibles » la part des frais courants exigés pour un traitement raisonnable qui est couvert aux termes du présent régime.

S'il y a réduction des paiements, chaque prestation est diminuée proportionnellement. Seule la prestation réduite entre dans le calcul du remboursement maximum.

On entend par « régimes collectifs » les régimes offerts seulement aux membres d'un groupe donné et non au public en général. Les plans d'assurance garantissant aux étudiants une protection en cas d'accident ne sont pas considérés comme des régimes collectifs.

Un régime est considéré comme étant le régime du deuxième assureur lorsque l'assuré a déjà été indemnisé en vertu d'un autre régime.

DISPOSITIONS DE RÉGLEMENT

- Assuré couvert à titre de salarié

Les prestations sont en premier lieu déterminées conformément aux dispositions du régime auquel l'assuré participe à titre de salarié. Si l'assuré est couvert à titre de salarié aux termes de plusieurs régimes, l'ordre de préséance dans la détermination des prestations est le suivant :

1. régime couvrant l'assuré à titre de salarié à plein temps;
2. régime couvrant l'assuré à titre de salarié à temps partiel;
3. régime couvrant l'assuré à titre de retraité.

- Assuré couvert à titre de personne à charge

Les prestations sont en deuxième lieu déterminées conformément aux dispositions du régime auquel l'assuré participe à titre de personne à charge. Si l'assuré est couvert à titre de personne à charge aux termes de plusieurs régimes, l'ordre de préséance dans la détermination des prestations est le suivant :

1. régime couvrant l'assuré à titre de conjoint à charge;
2. régime couvrant l'assuré à titre d'enfant à charge du père ou de la mère dont l'anniversaire tombe le plus tôt dans l'année civile; ou
3. lorsque les parents ont tous deux la même date d'anniversaire, régime couvrant l'assuré à titre d'enfant à charge du père ou de la mère dont la première lettre du prénom est antérieure à l'autre dans l'alphabet.

DISPOSITIONS DE RÉGLEMENT

Si les parents sont séparés ou divorcés, l'ordre de préséance dans la détermination des prestations à l'égard de l'enfant à charge est le suivant :

1. régime couvrant le père ou la mère qui a la garde de l'enfant;
2. régime couvrant le conjoint du père ou de la mère qui a la garde de l'enfant;
3. régime du père ou de la mère qui n'a pas la garde de l'enfant;
4. régime du conjoint du père ou de la mère qui n'a pas la garde de l'enfant.

- Soins dentaires requis par suite d'un accident

Si l'assuré subit une blessure accidentelle aux dents qui est couverte à la fois par un régime d'assurance-maladie et par un régime d'assurance dentaire, les frais sont d'abord pris en charge par le régime d'assurance-maladie.

- Prestations déjà versées aux termes d'un autre régime

Si l'assuré a déjà été indemnisé aux termes d'un autre régime collectif, le présent régime devient d'office le régime du deuxième assureur.

- Calcul proportionnel des prestations

Lorsque les présentes règles ne permettent pas d'établir l'ordre de détermination des prestations, ou lorsqu'un autre régime est régi par des règles différentes, les prestations font l'objet d'un calcul proportionnel fondé sur le montant qui aurait été payable aux termes de chaque régime avant la coordination.

- Coordination des prestations payables en vertu du présent régime

Il y a également coordination des prestations au sein du présent régime lorsque l'assuré :

1. est couvert par le présent régime à la fois à titre de salarié et de personne à charge; ou
2. est couvert par le présent régime à titre de personne à charge de deux salariés.

- Régimes à tiers payant par anticipation

Si l'assuré bénéficie d'une protection aux termes d'un régime à tiers payant par anticipation, les prestations sont coordonnées selon les lignes directrices établies par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

DISPOSITIONS DE RÈGLEMENT

Prestations provenant d'autres sources

Les prestations payables en vertu des présentes sont également réduites lorsque l'assuré a déjà été indemnisé par un autre régime qui n'est pas un régime de l'État ni un régime collectif. La réduction représente l'excédent de la totalité des prestations prévues par tous les régimes sur les frais couverts. S'il y a réduction, chaque prestation est réduite proportionnellement. Seule la prestation réduite entre dans le calcul du remboursement maximum.

Le présent régime est considéré comme étant le régime du deuxième assureur lorsque l'assuré a reçu des prestations d'une autre source.

Accès aux dossiers

La Great-West peut, sans autorisation particulière, communiquer ou recevoir tout renseignement jugé nécessaire à la coordination des prestations.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

MONNAIE DE RÈGLEMENT

Tout règlement ou paiement relatif à la présente police est effectué en monnaie légale du Canada.

ACCÈS AUX DOSSIERS

Le titulaire doit fournir à la Great-West, lorsque celle-ci le demande :

1. tous les renseignements nécessaires à l'établissement de l'admissibilité du salarié;
2. les demandes d'adhésion individuelles;
3. tous les renseignements relatifs aux modifications de l'assurance; et
4. tous les renseignements nécessaires à l'évaluation de la demande, notamment sur l'emploi du salarié.

La Great-West peut demander à examiner les dossiers qu'a établis le titulaire relativement à l'assurance des salariés, en tout temps pendant la durée de la présente police et au cours de l'année qui en suit l'expiration.

Lorsque la demande de règlement porte sur l'assurance invalidité, la Great-West a le droit d'envoyer des représentants sur les lieux de travail du salarié afin d'obtenir des renseignements sur son poste.

Toute communication adressée à la Great-West doit se faire par écrit.

La Great-West ne saurait être tenue responsable si le titulaire omet de lui fournir les renseignements ou dossiers demandés.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ÉVALUATION PAR UN TIERS

La Great-West se réserve le droit de mener toute enquête qu'elle juge nécessaire relativement à une demande d'adhésion ou de règlement, et d'obtenir, s'il y a lieu, l'avis d'ordre médical, dentaire ou professionnel d'un tiers. Elle doit également se voir accorder la possibilité d'examiner la personne qui présente une demande d'adhésion ou qui fait l'objet d'une demande de règlement, aussi souvent qu'elle le juge nécessaire pendant l'évaluation ou l'enquête connexes à la demande.

La Great-West ne supportera pas les frais de rapports d'évaluation ou d'enquête relatifs à une demande tardive. Cependant, elle peut supporter les frais de rapports d'évaluation ou d'enquête demandés dans d'autres circonstances, conformément à ses pratiques administratives en vigueur à la date de la demande d'adhésion ou de règlement.

ERREUR SUR L'ÂGE

La Great-West se réserve le droit d'exiger une preuve de l'âge de l'assuré à tout moment. En cas d'erreur sur l'âge, l'admissibilité à l'assurance et aux prestations est déterminée en fonction de l'âge exact.

Si la prime a été sous-estimée compte tenu de l'âge exact de l'assuré, elle sera rajustée rétroactivement et le titulaire devra acquitter le moins-perçu avant que le service des prestations ne puisse commencer ou continuer, suivant le cas.

Si la prime a été surestimée compte tenu de l'âge exact de l'assuré, elle sera rajustée rétroactivement et la Great-West remboursera le titulaire ou créditera ce dernier du trop-perçu.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Les salariés désirant examiner la présente police doivent s'adresser au titulaire. La Great-West peut, à sa discrétion, autoriser la sortie d'une copie de la présente police dans le cours de discussions relatives au processus de règlement.

PROCÉDURE D'APPEL

Toute personne a le droit d'appeler du refus de la Great-West d'accorder la totalité ou une partie de l'assurance ou des prestations décrites dans la présente police au cours de l'année suivant le refus initial de l'assurance ou de la prestation. Elle doit alors faire appel par écrit en précisant les raisons pour lesquelles elle juge le refus injustifié.

CONFORMITÉ À LA LOI

Si la présente police n'est pas conforme à la législation applicable, elle est réputée être modifiée d'office pour satisfaire aux conditions minimums de la législation.

POLICE SANS PARTICIPATION

La présente police ne prévoit pas de participation aux bénéfices.

CESSION DE L'ASSURANCE-VIE

L'assurance-vie du salarié aux termes de la présente police est incessible.

GENRE

Le masculin est un générique qui englobe tous les genres.

REPRÉSENTATION ET AVIS

Toute action du titulaire engage chaque société qui lui est affiliée. De même, tout avis donné au titulaire est réputé être donné à ses sociétés affiliées.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

RÉMUNÉRATION ANNUELLE

La rémunération annuelle correspond à la rémunération actuelle que l'employeur verse chaque année au salarié. En sont exclues la rémunération pour heures supplémentaires et les gratifications. Aux fins du calcul des prestations payables et au moment d'évaluer la capacité d'un salarié à exercer une activité lucrative, la rémunération annuelle est celle en vigueur la veille du premier jour de l'invalidité.

- Salariés horaires

Si les heures d'un salarié horaire varient, sa rémunération sera calculée en fonction de la moyenne d'heures travaillées au cours des 12 derniers mois, selon le taux horaire courant. Si le salarié a travaillé moins de 12 mois pour l'employeur, sa rémunération est calculée en fonction de la moyenne de ses heures pendant cette période.

- Rémunération en cas de divergence

En cas de divergence entre le montant de la rémunération annuelle réelle du salarié et le montant de la rémunération déclaré par l'employeur aux fins du calcul de la prime, le moindre des deux montants est réputé être la rémunération annuelle aux termes de la présente police. En aucun cas la rémunération utilisée aux fins du calcul des prestations d'assurance invalidité de courte durée du salarié ne sera inférieure au montant requis par l'A.-E.

En ce qui a trait aux prestations d'assurance invalidité de longue durée, la présente disposition ne s'applique pas lors de l'évaluation de la capacité du salarié à exercer une activité lucrative.

DISPOSITIONS TOUCHANT LES PRIMES

EXIGIBILITÉ

La première prime est exigible à la date d'effet de la présente police et les primes subséquentes sont payables le premier jour de chaque mois d'assurance. Le titulaire paie toutes les primes au siège social de la Great-West. Toute prime impayée à la date de son exigibilité est réputée être en souffrance.

DÉLAI DE GRÂCE

Après le paiement de la première prime, un délai de grâce de 31 jours est accordé pour le paiement de toute prime en souffrance, durant lequel la police reste en vigueur. Toute prime impayée après ce délai entraîne l'expiration de la police. Le titulaire est tenu de verser toutes les primes échues et impayées, y compris une prime fixée au prorata du nombre de jours du délai de grâce pendant lesquels la police est restée en vigueur.

CALCUL DE LA PRIME

Le montant de la prime demandée correspond à la somme des primes individuelles de chaque salarié assuré calculées au dernier taux fixé par la Great-West.

- Exonération des primes

Aucune prime n'est exigible à l'égard de l'assurance-vie du salarié ou de ses personnes à charge durant une période d'indemnisation consécutive à l'invalidité du salarié qui fait l'objet d'une exonération des primes.

Aucune prime n'est exigible à l'égard de l'assurance invalidité de longue durée du salarié durant une période d'indemnisation consécutive à l'invalidité du salarié.

- Avis restrictif sur les incidences du paiement de la prime

Le paiement de la prime ne garantit ni la prise d'effet de l'assurance ni son maintien en vigueur si l'assurance ne peut être accordée conformément aux dispositions touchant l'assurance de la présente police.

DISPOSITIONS TOUCHANT LES PRIMES

RAJUSTEMENTS

La prime est rajustée rétroactivement en fonction de tout changement des montants d'assurance ou de l'exonération des primes. Des crédits ne peuvent être accordés qu'à l'égard de la période de quatre mois précédant la date de réception de l'avis de modification.

MODIFICATION DES TAUX DE PRIME

- Renouvellements

La Great-West peut modifier le taux de prime :

1. à l'égard de l'assurance-maladie supplémentaire, de l'assurance dentaire et de l'assurance invalidité de courte durée, le 1^{er} mars 2020; et
2. à l'égard de toute autre assurance, le 1^{er} mars 2021

ou le premier jour de tout mois par la suite.

Le titulaire est informé à l'avance par écrit de la modification envisagée. Une fois la modification effectuée, la Great-West ne peut modifier à nouveau les taux de renouvellement avant 12 mois ou avant l'expiration de tout autre délai convenu par le titulaire.

- Autres modifications

Les taux de prime peuvent être modifiés à tout moment dans les cas ci-dessous.

1. Modification des dispositions de la présente police à la demande du titulaire.
2. Adoption, révision ou abrogation d'une loi ou d'un règlement d'une instance officielle quelconque entraînant la modification :
 - a) des prestations payables aux termes de la présente police; ou
 - b) des taxes payables à toute autorité gouvernementale.

DISPOSITIONS TOUCHANT LES PRIMES

3. Variation de plus de 10 % du nombre de salariés assurés aux termes de la présente police par rapport au nombre de salariés couverts à la date d'effet de la modification du taux de prime au dernier renouvellement.
4. Rajustement des prestations payables aux termes de la présente police par suite de toute modification :
 - a) d'un régime d'assurance dentaire, d'assurance-maladie ou d'assurance-hospitalisation de l'État ou des pratiques connexes;
 - b) des tarifs d'hospitalisation;
 - c) du Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques; ou
 - d) du Guide du système de codification standard et répertoire des services de l'Association dentaire canadienne.

RÉSILIATION DE LA POLICE

Le titulaire peut demander la résiliation de la présente police moyennant avis écrit à la Great-West. La résiliation prend alors effet à la dernière des dates ci-dessous :

1. la date de résiliation indiquée dans l'avis écrit; ou
2. la date à laquelle la Great-West reçoit l'avis écrit.

La Great-West peut résilier la présente police à toute date de renouvellement en avisant le titulaire par écrit de la résiliation au moins 31 jours à l'avance.

La présente police prend fin d'office lorsqu'une prime en souffrance n'est pas acquittée dans le délai de grâce prévu.

DISPOSITIONS DE TRANSFERT

Transfert de l'assurance

Les dispositions suivantes s'appliquent lorsque l'assurance consentie à une classe de salariés prend effet aux termes de la présente police au cours des 31 jours suivant l'expiration d'une assurance similaire garantie à cette classe aux termes d'une autre police d'assurance collective.

1. Le salarié de la classe visée qui était couvert par l'ancienne police à l'expiration de l'assurance est admissible à la présente police dès la date d'effet de celle-ci, à condition qu'il réponde toujours à la définition de salarié assurable.
- Garanties en cas d'invalidité - Assurance-vie
2. Si un salarié devient invalide pendant qu'il est couvert par l'ancienne police d'assurance-vie, le sinistre-invalidité est pris en charge aux termes de l'ancienne police.
- État de santé préexistant - ILD
3. Le salarié qui a été couvert sans interruption a droit aux prestations d'assurance invalidité de longue durée prévues par la présente police en cas d'invalidité résultant d'un état de santé préexistant si :
 - a) aucune prestation n'est payable aux termes de l'ancienne police du fait de l'expiration de l'assurance couvrant la classe d'assurés du salarié, mais que
 - b) des prestations auraient été payables si l'assurance couvrant la classe d'assurés du salarié était restée en vigueur.

DISPOSITIONS DE TRANSFERT

- Soins hospitaliers ou infirmiers et prothèses amovibles ou ponts

4. Lorsque le salarié a été couvert sans interruption, la période d'assurance servant à déterminer son admissibilité aux prestations prévues par la présente police, en remboursement de frais de soins hospitaliers ou infirmiers ou encore de frais de prothèses amovibles ou de ponts, est réputée commencer à la dernière date à laquelle le salarié a été assuré pour les mêmes frais aux termes de l'autre police.

Si la présente disposition prévoit le versement de prestations qui ne seraient pas par ailleurs payables aux termes de la présente police, la Great-West détermine le montant total payable aux termes de chaque police. L'indemnisation est fonction de la police qui garantit les prestations les moins élevées. Aucune prestation n'est payable aux termes de la présente disposition dans les cas suivants :

- a) aucune prestation n'aurait été payable aux termes de l'ancienne police si l'assurance couvrant la classe d'assurés du salarié était restée en vigueur; ou
- b) des prestations sont payables aux termes de l'ancienne police après l'expiration de l'assurance.

Aucune prestation n'est payable aux termes de la présente police relativement à la partie de la perte subie avant l'expiration de l'assurance garantie par l'ancienne police.

- Prestations d'assurance invalidité

5. La présente police ne donne droit à aucune prestation d'assurance invalidité relativement à une période d'invalidité récidivante couverte par l'autre police.

DISPOSITIONS DE TRANSFERT

Prise en charge des sinistres

Si, à la demande du titulaire, il y a prise en charge de l'évaluation de sinistres existants :

1. par la Great-West, cette dernière a le droit, sans autorisation du demandeur, de consulter les dossiers relatifs aux sinistres de l'assureur ou du gestionnaire précédents;
2. couverts par une police de la Great-West, cette dernière a le droit, sans autorisation du demandeur, de divulguer des renseignements concernant les sinistres auprès du tiers qui prend en charge les sinistres existants.