



Votre régime d'assurance collective

LEV-FAB INC.
EMPLOYÉS SYNDIQUÉS
Police n° 864025



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

Votre contrat d'assurance collective

**LEV-FAB INC.
EMPLOYÉS SYNDIQUÉS
Police n° 864025**

Vous pouvez obtenir des formulaires de remboursement et d'autres renseignements en direct à l'adresse suivante :

desjardinsassurancevie.com

**Pour toute information, vous pouvez communiquer avec
le Centre de contact avec la clientèle**

Numéro sans frais : 1-877-838-7516

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de votre police d'assurance collective. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

Date de prise d'effet du régime : 1^{er} septembre 2019

TABLE DES MATIÈRES

TABEAU DES GARANTIES	1
ADMISSIBILITÉ	15
PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE	17
CESSATION DE L'ASSURANCE	19
DEMANDES DE PRESTATIONS	20
ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT	22
ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE	28
ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ADHÉRENT	30
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT	37
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT DE L'ADHÉRENT	39
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT	41
ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE	50

TABLEAU DES GARANTIES

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Adhésion : Obligatoire

**Conditions
d'admissibilité**

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

**Admissibilité des
employés saisonniers :** Les employés saisonniers ne sont pas
admissibles à l'assurance du contrat.

Délai d'admissibilité : 3 mois de service continu pour
l'employeur.

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

Montant de l'assurance :	* 1 fois le revenu annuel, arrondi au prochain multiple de 1 000 \$, s'il n'en est pas déjà un, jusqu'à concurrence d'un maximum de 150 000 \$.
Maximum sans preuves d'assurabilité :	150 000 \$
* Réduction du montant :	Au 65 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent, le montant applicable à l'adhérent sera réduit de 50 %.
Exonération des primes :	À la fin du délai de carence prévu par la garantie d'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT.
<u>Fin de la garantie :</u>	
Âge limite :	Le 71 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite, selon la première éventualité.

ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE

Montant de l'assurance :

Conjoint : 10 000 \$

Chaque enfant : 50 % du montant de l'assurance vie de base du conjoint.

Début de l'assurance du nouveau-né :

Dès la naissance.

Fin de la garantie :

Âge limite :

Le 71^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite, selon la première éventualité.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT

Montant de l'assurance : Tout montant d'assurance par tranche de 10 000 \$ avec un minimum de 20 000 \$ et un maximum de 1 000 000 \$. Ce montant maximum est combiné avec le montant maximum de l'assurance vie de base de l'adhérent.

Montant minimum avec preuves d'assurabilité : 20 000 \$

Fin de la garantie :

Âge limite : Le 71^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite, selon la première éventualité.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT DE L'ADHÉRENT

Montant de l'assurance : Tout montant d'assurance par tranche de 10 000 \$ avec un minimum de 20 000 \$ et un maximum de 1 000 000 \$.

Montant minimum avec preuves d'assurabilité : 20 000 \$

Fin de la garantie :

Âge limite : Le 71^e anniversaire de naissance de l'adhérent, ou à la date de la retraite de l'adhérent, selon la première éventualité.

ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ADHÉRENT

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

*** Réduction du montant :** Au 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent, le montant applicable à l'adhérent sera réduit de 50 %.

Fin de la garantie

Âge limite : Le 71^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite, selon la première éventualité.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT

Pourcentage et maximum des prestations :

66 2/3 % des premiers 2 250 \$ du revenu mensuel, plus 50 % des 2 250 \$ suivants et 40 % de l'excédent, arrondi au prochain multiple de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un, jusqu'à concurrence de 5 000 \$.

Maximum sans preuves d'assurabilité :

3 800 \$

Délai de carence :

17 semaines

Durée maximale des prestations :

Jusqu'à l'âge de 65 ans.

Rajustement selon l'indice des prix à la consommation :

Jusqu'à concurrence de 3 %. Première augmentation après la fin du délai de carence plus 1 an.

Imposition des prestations :

Non imposables

Cessation du versement des prestations

Âge limite :

Le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite, selon la première éventualité.

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE

Montant de la franchise

Médicaments :	Ticket modérateur de 5 \$ par médicament prescrit.
Frais d'hospitalisation :	Aucune
Assurance voyage :	Aucune
Malade dirigé :	Aucune
Lunettes, lentilles et chirurgie :	Aucune
Soins dentaires à la suite d'un accident :	Aucune
Pour tous les autres frais :	Aucune

Carte de paiement pour les médicaments :

Carte de paiement direct

Pourcentage de remboursement

Médicaments :	1) Médicaments génériques : 80 % du prix du médicament générique équivalent le moins cher disponible sur le marché 2) Médicaments de marque : • 80 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament générique équivalent disponible sur le marché ou si la prescription du médecin porte la mention « PAS DE SUBSTITUTION » • 80 % du prix du médicament générique équivalent le moins cher disponible sur le marché et si la prescription du médecin ne porte pas la mention « PAS DE SUBSTITUTION »
----------------------	---

**Contribution maximale
pour les résidents du
Québec pour les
médicaments :**

Lorsque le montant de franchise, ticket modérateur et coassurance déboursé par la famille au cours de l'année civile atteint le maximum de la contribution annuelle définie par la RAMQ, le pourcentage de remboursement devient 100 % pour le reste de cette année civile.

Frais d'hospitalisation : 100 %

**Soins dentaires à la
suite d'un accident :** 100 %

Assurance voyage : 100 %

Malade dirigé : 80 %

**Pour tous les autres
frais :** 80 %

**Lunettes, lentilles et
chirurgie**

**Lunettes, lentilles
cornéennes et
chirurgie :** 100 %

**Lentilles cornéennes :
(Conditions spéciales)** 100 %

**Limite des frais
admissibles**

Médicaments : Frais usuels et raisonnables

**Frais d'hospitalisation
de courte durée :** Le coût d'une chambre à deux lits (semi-privée) pour chaque jour d'hospitalisation, sans limite quant au nombre de jours.

**Établissement
spécialisé en soins
palliatifs :** Jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 40 \$ par jour et d'un maximum viager de 60 jours.

**Maison de
convalescence ou de
réadaptation :**

Jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 40 \$ par jour et d'un maximum de 180 jours par période d'hospitalisation.

Assurance voyage :

Jusqu'à concurrence d'un maximum viager payable de 5 000 000 \$ CAN par personne assurée.

Soins infirmiers :

Montant payable de 10 000 \$ par année civile par personne assurée.

Services paramédicaux :

Montant payable de 750 \$, par année civile par personne assurée, pour l'ensemble des spécialistes. Le nombre de visite est limité à une par jour, pour chaque catégorie de spécialistes.

**Lunettes, lentilles
cornéennes et
chirurgie :**

Montant payable de 250 \$ par personne assurée par période de 24 mois consécutifs pour les adultes et de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans.

Fin de la garantie

Âge limite :

La date de la retraite.

DÉFINITIONS

Dans le cadre du contrat :

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1) est légalement mariée à un adhérent;
- 2) vit conjugalement avec l'adhérent depuis au moins 12 mois et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union;
- 3) vit conjugalement avec l'adhérent, a eu un enfant avec lui et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union.

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

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

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

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

Emploi saisonnier désigne un emploi qui, en raison de sa nature, n'est pas exercé durant la totalité de l'année. Pour être reconnu comme un emploi saisonnier admissible en vertu du contrat, l'emploi doit procurer du travail pendant la durée minimale annuelle qui est indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

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

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

Enfant à charge désigne l'enfant qui :

- 1) a moins de 21 ans et à l'égard duquel l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exerce une autorité parentale ou exerçait une autorité parentale jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de la majorité;
- 2) n'a pas de conjoint, a 25 ans ou moins, fréquente, ou est réputé fréquenter, à temps plein, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard duquel l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exercerait l'autorité parentale s'il était mineur;
- 3) est majeur, sans conjoint et atteint d'une déficience fonctionnelle qui est survenue lorsque l'état de cette personne correspondait à l'une ou l'autre des définitions données dans les paragraphes 1) ou 2) ci-dessus. De plus, pour être considérée comme une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, la personne doit être domiciliée chez une personne qui, en plus d'être assurée à titre d'adhérent ou de conjoint d'un adhérent, exercerait l'autorité parentale sur la personne déficiente si elle était mineure.

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

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

Hôpital désigne tout établissement légalement désigné comme tel, reconnu par l'assureur et qui procure 24 heures sur 24 :

- 1) une vaste gamme de soins médicaux et chirurgicaux aux malades et aux blessés; et
- 2) des soins infirmiers.

Sont notamment exclus les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les maisons de soins infirmiers, les maisons de repos, les maisons de convalescence/réadaptation ou les établissements destinés au traitement de l'alcoolisme, la toxicomanie ou toute autre dépendance.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ADMISSIBILITÉ

ADMISSIBILITÉ DES EMPLOYÉS

Un employé devient admissible à l'assurance :

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

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

ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

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

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

DEMANDE D'ADHÉSION

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

DROIT D'EXEMPTION

Un adhérent peut refuser d'être couvert en vertu de la garantie d'assurance accident-maladie ou en vertu de la garantie d'assurance frais dentaires, si elle fait partie du contrat, s'il est couvert à titre de personne à charge en vertu du contrat ou d'un autre régime d'assurance collective semblable. Toutefois, si l'on met fin à l'autre régime ou si le conjoint cesse de faire partie d'une catégorie admissible, l'adhérent peut, à compter de la date de cette cessation, être couvert en vertu de la garantie d'assurance à laquelle il avait auparavant choisi de ne pas participer, pourvu qu'une demande en ce sens soit faite par écrit dans les 31 jours suivant cette date d'admissibilité.

Si la demande est reçue plus de 31 jours après cette date d'admissibilité à l'assurance, les conditions suivantes s'appliquent :

- 1) la garantie d'assurance accident-maladie prendra effet à la date à laquelle l'adhérent signe la demande et aucune preuve d'assurabilité ne sera exigée;

- 2) la garantie d'assurance frais dentaires prendra effet à la date à laquelle l'adhérent signe la demande et les preuves d'assurabilité sont remplacées par une limitation des prestations, décrite dans la partie RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS de la garantie d'assurance frais dentaires.

PERSONNE ASSURÉE DE 65 ANS ET PLUS

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

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

PREUVES D'ASSURABILITÉ

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

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE DES ADHÉRENTS

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

- 1) la date de prise d'effet du contrat;
- 2) la date à laquelle il devient admissible à l'assurance, pourvu que l'assureur reçoive sa demande écrite, remplie selon les exigences de l'assureur, dans les 180 jours suivant la date d'admissibilité;
- 3) la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité de l'employé s'il reçoit la demande d'assurance de l'employé plus de 180 jours après la date d'admissibilité, sauf dans le cas de la garantie d'ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE, qui prend effet à la date à laquelle l'employé signe sa demande écrite, remplie selon les exigences de l'assureur.

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

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

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

Dans le cas de la garantie d'ASSURANCE FRAIS DENTAIREs, si elle fait partie du contrat, pour tout employé dont l'assurance entre en vigueur plus de 31 jours suivant sa date d'admissibilité à l'assurance, les preuves d'assurabilité sont remplacées par une limitation des prestations décrite dans l'article RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS de la garantie d'ASSURANCE FRAIS DENTAIREs.

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

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

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

- 3) la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité des personnes à charge, si l'adhérent doit fournir des preuves d'assurabilité parce qu'il n'a pas soumis sa demande d'assurance dans les 31 jours suivant la date à laquelle il est devenu admissible à l'assurance;
- 4) la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité des personnes à charge, si l'adhérent soumet une demande d'assurance des personnes à charge plus de 31 jours après être devenu admissible pour la première fois à l'assurance des personnes à charge.

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

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

CESSATION DE L'ASSURANCE

CESSATION DE L'ASSURANCE DES ADHÉRENTS

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

- 1) la date à laquelle il n'est plus considéré être un employé conformément à la définition en vertu du contrat;
- 2) la date à laquelle il cesse de faire partie d'une catégorie d'employés admissibles à l'assurance;
- 3) la date à laquelle il atteint l'âge limite indiqué au TABLEAU DES GARANTIES;
- 4) la fin de la période pendant laquelle les primes requises ont été versées en son nom;
- 5) la date de la retraite;
- 6) la date à laquelle il cesse d'être effectivement au travail;
- 7) la date de résiliation du contrat.

CESSATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

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

- 1) la date de cessation de l'assurance de cet adhérent;
- 2) la date à laquelle l'adhérent cesse d'avoir des personnes à sa charge;
- 3) la fin de la période pendant laquelle les primes requises pour l'assurance des personnes à charge ont été versées au nom de l'adhérent;
- 4) la date de cessation de l'assurance des personnes à charge en vertu du contrat.

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

PROLONGATION DE L'ASSURANCE

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

DEMANDES DE PRESTATIONS

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

L'assureur doit recevoir une déclaration et des preuves de sinistre dans le délai prévu, s'il en est, pour chaque garantie. Advenant la résiliation du contrat, l'assureur n'effectuera aucun versement de prestations à moins que la déclaration et les preuves des pertes subies ne lui soient soumises dans les 120 jours suivant la date de résiliation du contrat.

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

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

BÉNÉFICIAIRE

Sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérent peut désigner ou révoquer en tout temps un ou des bénéficiaires de son assurance en faisant parvenir un avis écrit au siège social de l'assureur. Seules les garanties qui prévoient des prestations en cas de décès de l'adhérent sont sujettes à la désignation de bénéficiaire(s) qui est alors la même pour l'ensemble de ces garanties. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier.

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

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

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

RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

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

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

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

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

EXAMENS MÉDICAUX

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

COORDINATION DES PRESTATIONS

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

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

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Invalidité totale ou totalement invalide désigne

- 1) pendant le délai de carence prévu dans la garantie d'assurance salaire de longue durée et les 24 mois qui suivent :

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

- 2) après l'écoulement du délai de carence et des 24 mois qui suivent :

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

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

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

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

PREUVES D'ASSURABILITÉ

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

OBJET DE LA GARANTIE

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

EXONÉRATION DES PRIMES

Si l'adhérent devient totalement invalide pendant qu'il est couvert en vertu de la présente garantie mais avant d'atteindre l'âge de 65 ans et s'il présente à l'assureur une attestation satisfaisante de cette invalidité totale, il est exonéré du paiement des primes afférentes à son montant d'assurance vie de base une fois que la période d'invalidité totale ininterrompue indiquée au TABLEAU DES GARANTIES est écoulée. Le montant d'assurance vie de base est établi conformément au TABLEAU DES GARANTIES et aux dispositions du contrat qui sont en vigueur au moment où l'invalidité totale survient, y compris celles qui ont trait à la CESSATION DE L'ASSURANCE DE L'ADHÉRENT.

L'exonération des primes se poursuit jusqu'à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
- 2) la date à laquelle l'adhérent est incapable ou refuse, dans un délai de trois mois suivant la date de la demande de l'assureur, de fournir des preuves satisfaisantes de son invalidité totale ininterrompue;
- 3) la date à laquelle l'adhérent transforme son assurance en vertu de la disposition relative au DROIT DE TRANSFORMATION;
- 4) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans ou la date de sa retraite, si antérieure.

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

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

- 1) l'invalidité totale de l'adhérent soit survenue pendant qu'il était couvert en vertu de la présente garantie;
- 2) l'invalidité totale de l'adhérent ait été ininterrompue à compter de la date du début de son invalidité totale jusqu'à celle de son décès;
- 3) le décès de l'adhérent survienne dans les 12 mois suivant la date du début de son invalidité totale;

- 4) l'adhérent n'ait pas transformé une partie ou la totalité de son assurance en vertu de la disposition relative au DROIT DE TRANSFORMATION au moment où son assurance a pris fin; et que
- 5) l'assureur reçoive une attestation satisfaisante d'invalidité totale et une attestation du décès de l'adhérent dans les 90 jours suivant la date du décès.

PAIEMENT ANTICIPÉ

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

- 1) l'assureur peut exiger que l'adhérent soit examiné par un médecin désigné par l'assureur;
- 2) l'adhérent totalement invalide doit obtenir l'approbation de l'assureur en vue de l'obtention de l'exonération des primes en vertu de la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent du contrat;
- 3) toute personne qui a un intérêt dans le montant d'assurance vie de base détenu par l'adhérent doit donner son consentement à ce versement en signant un formulaire fourni par l'assureur.

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

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

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

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

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

EXCLUSION AFFÉRENTE AU PAIEMENT ANTICIPÉ

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

FIN DE LA GARANTIE

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

DROIT DE TRANSFORMATION

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

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

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

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

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

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

- 2) la police individuelle peut être une assurance temporaire non transformable jusqu'à l'âge de 65 ans, une assurance temporaire non renouvelable et transformable d'un an ou toute assurance permanente ordinaire offerte par l'assureur à la date de la transformation, à l'exception des assurances permanentes spéciales désignées à l'occasion par l'assureur. Cette police ne comporte pas de disposition d'assurance spéciale exigeant le paiement d'une surprime et ne constitue pas une police selon laquelle le montant d'assurance peut augmenter ou augmentera à l'avenir. L'assureur offre toujours, au moment de la transformation, au moins une assurance permanente. De plus, dans la mesure où l'assureur le permet, l'adhérent peut choisir une option selon laquelle les participations servent à fournir une assurance supplémentaire;
- 3) si la police individuelle choisie est une assurance temporaire non renouvelable et transformable d'un an, l'adhérent peut décider de verser une prime unique ou des primes trimestrielles et cette police pourra être transformée en une des assurances décrites ci-dessus pourvu qu'il ne s'agisse pas d'une autre police d'assurance temporaire transformable d'un an;
- 4) la police individuelle établie doit être conforme aux conditions, aux modalités et aux montants d'assurance individuelle qu'utilise normalement l'assureur à la date de la transformation;
- 5) l'assureur détermine la prime de la police individuelle en fonction du taux applicable, à la date de prise d'effet de cette police individuelle, à l'assurance et au montant d'assurance de la police établie, selon l'âge de l'adhérent à l'anniversaire de naissance le plus proche et la catégorie de risque à laquelle il appartient;
- 6) le montant d'assurance de la police individuelle doit correspondre au montant d'assurance total que l'adhérent peut transformer, même s'il est inférieur au montant d'assurance minimal qui s'applique normalement à l'assurance choisie;
- 7) la police individuelle ne prend pas effet avant la fin de la période de 31 jours qui suit immédiatement la date de cessation de l'assurance de l'adhérent en vertu de la présente garantie.

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

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

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

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

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

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

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

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

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

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

ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE

OBJET DE LA GARANTIE

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

DÉBUT DE L'ASSURANCE DU NOUVEAU-NÉ

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

EXONÉRATION DES PRIMES

Si l'adhérent est exonéré du paiement de ses primes en vertu de la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent, il est également exonéré du paiement de ses primes en vertu de la présente garantie. Cette exonération s'applique aussi longtemps que dure l'exonération des primes en vertu de l'assurance vie de base de l'adhérent, mais ne peut se poursuivre au-delà de la date à laquelle la présente garantie prend fin conformément à la disposition relative à la CESSATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE du contrat.

FIN DE LA GARANTIE

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

DROIT DE TRANSFORMATION DU CONJOINT

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

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

- 2) la police individuelle peut être une assurance permanente ordinaire établie par l'assureur désigné à la date de la transformation, à l'exception des assurances permanentes spéciales désignées à l'occasion par l'assureur. Cette police ne comporte pas de disposition d'assurance spéciale exigeant le paiement d'une surprime et ne constitue pas une police selon laquelle le montant d'assurance peut augmenter ou augmentera à l'avenir. L'assureur offre toujours, au moment de la transformation, au moins une assurance permanente;
- 3) la police individuelle établie doit être conforme aux conditions, aux modalités et aux montants d'assurance individuelle qu'utilise normalement l'assureur désigné à la date de la transformation;
- 4) l'assureur détermine la prime de la police individuelle en fonction du taux applicable, à la date de prise d'effet de cette police individuelle, à l'assurance et au montant d'assurance de la police établie, selon l'âge du conjoint à l'anniversaire de naissance le plus proche et la catégorie de risque à laquelle il appartient;
- 5) le montant d'assurance de la police individuelle doit correspondre au montant d'assurance total que le conjoint peut transformer, même s'il est inférieur au montant d'assurance minimal qui s'applique normalement à l'assurance choisie;
- 6) la police individuelle ne prend pas effet avant la fin de la période de 31 jours qui suit immédiatement la date de cessation de l'assurance du conjoint en vertu de la présente garantie.

DROIT DU CONJOINT APRÈS LA CESSATION DE L'ASSURANCE

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

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

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

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

ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ADHÉRENT

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OBJET DE LA GARANTIE

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

- 1) qu'un adhérent a subi l'une des pertes indiquées ci-dessous dans les 365 jours suivant un accident causant des dommages corporels;
- 2) que cette perte était le résultat direct de l'accident indépendamment de toute autre cause; et
- 3) que cet accident est survenu alors que l'adhérent était couvert en vertu de la présente garantie;

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

TABLEAU DES PERTES

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

<u>Perte</u>	<u>Montant versé</u>
de la vie	100 %
de la vue des deux yeux	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
des deux bras ou des deux jambes	100 %
d'une main et de la vue d'un œil	100 %
d'un pied et de la vue d'un œil	100 %
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	67 %
de la vue d'un œil	67 %
de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	67 %
du pouce et de l'index d'une même main	33 %
d'au moins quatre doigts de la même main	33 %
de tous les orteils d'un même pied	25 %

<u>Perte</u>	<u>Montant versé</u>
de l'ouïe d'une oreille	25 %

<u>Perte de l'usage</u>	<u>Montant versé</u>
des deux bras ou des deux mains	100 %
des deux jambes ou des deux pieds	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	67 %
du pouce et de l'index d'une même main	33 %
hémiplégie, paraplégie, quadriplégie	200 %

EXONÉRATION DES PRIMES

Si l'adhérent est exonéré du paiement de ses primes en vertu de la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent, il est également exonéré du paiement de ses primes en vertu de la présente garantie, jusqu'à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'exonération des primes n'est plus accordée à l'égard de l'adhérent en vertu de la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent;
- 2) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans ou la date à laquelle l'adhérent prend sa retraite, selon ce qui survient en premier;
- 3) la date à laquelle l'assurance de l'adhérent cesse conformément aux dispositions relatives à la CESSATION DE L'ASSURANCE DE L'ADHÉRENT;
- 4) la date à laquelle la présente garantie prend fin.

DISPARITION

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

EXPOSITION AUX ÉLÉMENTS

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

RÉADAPTATION

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

- 1) qu'une telle formation soit rendue nécessaire, à la suite d'une perte subie, pour permettre à l'adhérent d'exercer toute tâche rémunératrice qu'il n'aurait pas exercée n'eut été son incapacité; et
- 2) que les frais aient été engagés dans les deux ans suivant la date de l'accident.

FRAIS D'HÉBERGEMENT ET DE TRANSPORT DE LA FAMILLE IMMÉDIATE

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

RAPATRIEMENT

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

TRANSFORMATION D'UN LOGEMENT OU D'UN VÉHICULE

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

- 1) les frais initiaux de transformation du logement de l'adhérent pour lui permettre d'avoir accès à ce logement et d'y circuler avec son fauteuil roulant;
- 2) les frais initiaux de transformation nécessaire d'un véhicule motorisé appartenant à l'adhérent, afin de lui permettre d'avoir accès à ce véhicule ou de le conduire;

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

La présente garantie ne s'applique que si :

- 1) les modifications apportées au logement sont effectuées par une ou plusieurs personnes expérimentées dans ce domaine et qu'elles sont recommandées par un organisme reconnu qui offre du soutien et de l'aide aux utilisateurs de fauteuils roulants;
- 2) les modifications apportées à un véhicule sont effectuées par une ou plusieurs personnes expérimentées dans ce domaine et qu'elles sont autorisées par le bureau provincial d'immatriculation des voitures de la province de résidence de l'adhérent.

ÉDUCATION SPÉCIALE

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

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

FORMATION DU CONJOINT

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

- 1) que le conjoint ait besoin de cette formation pour acquérir les aptitudes particulières qui lui permettront d'exercer un emploi actif pour lequel il n'aurait autrement pas été assez qualifié; et
- 2) que ces frais soient engagés dans les deux ans qui suivent la date de l'accident.

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

- 1) Une perte ne donne lieu à aucun paiement si elle découle directement ou indirectement, uniquement ou en partie, de ce qui suit :
 - a) un suicide ou des dommages corporels que l'adhérent s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
 - b) une maladie ne résultant pas d'un accident et qui se manifeste lors d'un accident;
 - c) un traitement médical ou dentaire, une intervention chirurgicale ou une anesthésie;
 - d) la guerre, déclarée ou non, le service actif dans les forces armées d'un pays, ou la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
 - e) un voyage ou vol dans un aéronef sauf si l'adhérent voyage à titre de passager seulement (et non à titre de pilote ou de membre de l'équipage) dans tout aéronef :
 - i) qui a un permis de vol reconnu ou accordé en vertu de la Loi sur l'aéronautique (Canada) ou en vertu des lois du pays où il a été enregistré, pourvu que toutes les conditions applicables à ce permis aient été respectées; et
 - ii) qui est utilisé uniquement aux fins de transport et non pour la formation ou l'entraînement, à titre d'essai ou expérimental;
 - f) une infraction ou une tentative d'infraction au Code criminel du Canada.
- 2) L'assureur ne paie pas le montant d'assurance si l'accident qui entraîne le décès ou la perte survient lorsque l'adhérent conduit un véhicule motorisé, s'il est alors sous l'influence de stupéfiants ou si la concentration d'alcool dans son sang excède la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada.

- 3) En vertu des dispositions relatives à la RÉADAPTATION, à l'ÉDUCATION SPÉCIALE et à la FORMATION DU CONJOINT, aucun remboursement ne sera effectué à l'égard des frais d'hébergement ou autres frais normaux de subsistance, de voyage ou d'habillement.
- 4) Pour les pertes relatives à un même membre, subies dans un même accident, le montant payable correspond à celui prévu pour la perte la plus importante. Pour l'ensemble des pertes subies dans le même accident, les montants payables ne peuvent dépasser la totalité du montant d'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, exclusion faite des cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie pour lesquels le montant payable ne peut dépasser 200 % du montant d'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

FIN DE LA GARANTIE

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

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

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

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

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

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

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT

ADMISSIBILITÉ ET PREUVES D'ASSURABILITÉ

Comme condition préalable d'admissibilité à la présente garantie, l'adhérent doit soumettre des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

OBJET DE LA GARANTIE

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

EXCLUSION EN CAS DE SUICIDE

L'assureur n'est pas tenu de verser le montant d'assurance vie facultative si l'adhérent se suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non, dans les deux ans suivant la date de prise d'effet ou de remise en vigueur de son assurance ou la date de prise d'effet de toute augmentation du montant de cette assurance.

EXONÉRATION DES PRIMES

Si l'adhérent devient totalement invalide et que, conformément à la disposition relative à l'EXONÉRATION DES PRIMES de la garantie d'assurance vie de l'adhérent, l'assureur l'exonère du paiement des primes relatives à cette dernière garantie, l'assureur lui accorde également l'exonération des primes pour la présente garantie. Cette exonération s'applique aussi longtemps que dure l'exonération des primes en vertu de l'assurance vie de l'adhérent, mais ne peut se poursuivre au-delà de la date à laquelle il atteint l'âge limite applicable à la présente garantie.

FIN DE LA GARANTIE

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

DROIT DE TRANSFORMATION

Si l'adhérent est âgé de 65 ans ou moins et que son assurance vie facultative prend fin en raison de l'une des conditions stipulées dans la disposition relative au DROIT DE TRANSFORMATION contenue dans l'assurance vie de l'adhérent et non pas uniquement parce qu'il l'a demandé, il a le droit de transformer cette assurance en une police d'assurance individuelle, sans preuves d'assurabilité.

Les modalités, conditions et restrictions applicables au DROIT DE TRANSFORMATION de l'assurance vie de l'adhérent s'appliquent à toute police individuelle offerte en vertu de la présente garantie, sauf que le montant maximum qui peut être transformé en vertu de la présente garantie correspond au maximum ainsi qu'il est stipulé en vertu du DROIT DE TRANSFORMATION de l'assurance vie de l'adhérent, moins le montant de toute assurance vie de l'adhérent qui peut être transformé.

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

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

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

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

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

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT DE L'ADHÉRENT

ADMISSIBILITÉ ET PREUVES D'ASSURABILITÉ

Comme condition préalable d'admissibilité à la présente garantie, le conjoint assuré doit soumettre des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

OBJET DE LA GARANTIE

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

EXCLUSION EN CAS DE SUICIDE

L'assureur n'est pas tenu de verser le montant d'assurance vie facultative si le conjoint se suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non, dans les deux ans suivant la date de prise d'effet ou de remise en vigueur de son assurance ou la date de prise d'effet de toute augmentation du montant de cette assurance.

EXONÉRATION DES PRIMES

Si l'adhérent devient totalement invalide et que, conformément à la disposition relative à l'EXONÉRATION DES PRIMES de la garantie d'assurance vie de l'adhérent, l'assureur l'exonère du paiement des primes relatives à cette dernière garantie, l'assureur lui accorde également l'exonération des primes pour la présente garantie. Cette exonération s'applique aussi longtemps que dure l'exonération des primes en vertu de l'assurance vie de l'adhérent, mais ne peut se poursuivre au-delà de la date à laquelle la présente garantie prend fin conformément à la disposition relative à la CESSATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE du contrat.

FIN DE LA GARANTIE

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

DROIT DE TRANSFORMATION

Si le conjoint est âgé de 65 ans ou moins et que son assurance vie facultative prend fin pour une raison autre qu'à la demande de l'adhérent, l'adhérent, ou le conjoint advenant le décès de l'adhérent, peut transformer cette assurance en une police d'assurance individuelle, sans preuves d'assurabilité.

Le montant d'assurance vie individuelle du conjoint qui peut être transformé doit être d'au moins le montant applicable dans la province de résidence de l'adhérent sans excéder le montant d'assurance vie facultative du conjoint en vigueur à la date de cessation de l'assurance.

Les modalités, conditions et restrictions applicables au DROIT DE TRANSFORMATION de l'assurance vie des personnes à charge s'appliquent à toute police individuelle offerte en vertu de la présente garantie.

DROIT DU CONJOINT APRÈS LA CESSATION DE L'ASSURANCE

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

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

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

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

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

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

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

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

Invalidité totale ou totalement invalide désigne

- 1) pendant le délai de carence et les 24 mois qui suivent :

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

- 2) après l'écoulement du délai de carence et des 24 mois qui suivent :

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

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

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

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

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

PREUVES D'ASSURABILITÉ

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

OBJET DE LA GARANTIE

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

- 1) qu'un adhérent est devenu totalement invalide pendant qu'il était couvert en vertu de la présente garantie et qu'il est demeuré totalement invalide durant le délai de carence; et
- 2) que l'adhérent reçoit des soins médicaux continus selon ce qui est indiqué dans la section DÉFINITIONS du contrat;

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

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

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

- 1) la date à laquelle le délai de carence se termine;
- 2) la date prévue de retour au travail.

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

L'assureur effectue le versement des prestations en vertu de la présente garantie à la fin de chaque période mensuelle d'invalidité totale, à compter de la date à laquelle le délai de carence se termine.

Le délai de carence débute à la dernière des dates suivantes :

- 1) le lendemain du dernier jour où l'adhérent est effectivement au travail, s'il consulte le médecin dans les 14 jours qui suivent le début de l'invalidité totale; ou
- 2) le premier jour où l'adhérent consulte un médecin, s'il le consulte plus de 14 jours après le début de l'invalidité totale.

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

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

RAJUSTEMENT SELON L'INDICE DES PRIX À LA CONSOMMATION

Au cours d'une période ininterrompue d'invalidité totale, l'assureur augmentera la prestation mensuelle versée à un adhérent en vertu de la présente garantie d'un montant correspondant au pourcentage de la prestation mensuelle indiqué au TABLEAU DES GARANTIES que l'adhérent reçoit alors au moment de l'augmentation. Les conditions relatives à cette augmentation sont les suivantes :

- 1) la première augmentation prend effet ainsi qu'il est indiqué à la partie RAJUSTEMENT SELON L'INDICE DES PRIX À LA CONSOMMATION du TABLEAU DES GARANTIES;
- 2) les augmentations subséquentes prennent effet à chaque anniversaire de la première augmentation;
- 3) pendant toute année au cours de laquelle l'indice des prix à la consommation (I.P.C.) est inférieur au pourcentage indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, l'augmentation pour cette année particulière sera égale à celle de I.P.C.

RÉDUCTION DES PRESTATIONS MENSUELLES, RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

- 1) Intégration directe

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

- a) de toute somme que l'adhérent reçoit ou à laquelle il a droit en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable; et
- b) de toute prestation d'invalidité que l'adhérent reçoit ou à laquelle il a droit en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exception :
 - i) des prestations pour les personnes à charge;

- ii) de tout montant versé en sus de la prestation initiale à titre d'indexation sur le coût de la vie une fois que le versement des prestations a commencé;
- c) de toute indemnité de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime public d'assurance automobile qui exige ou fournit des prestations d'assurance automobile sans égard à la responsabilité;
- d) de toute prestation d'invalidité payable par un régime de retraite privé.

2) Intégration indirecte

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

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

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

- a) toute prestation mensuelle versée en vertu de la présente garantie;
- b) tout revenu mensuel ou paiement versé par l'employeur;
- c) toute prestation d'invalidité payable en vertu du Régime de rentes du Québec, à l'exception des prestations pour les personnes à charge et de tout montant supplémentaire versé à titre d'indexation des prestations sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;
- d) toute prestation d'invalidité payable en vertu du Régime de pensions du Canada, à l'exception des prestations pour les personnes à charge et de tout montant supplémentaire versé à titre d'indexation des prestations sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;
- e) toute prestation d'invalidité payable en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable ou d'un autre régime public, à l'exclusion des prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance emploi;
- f) toute prestation d'invalidité payable en vertu d'un régime d'assurance collective fourni par un employeur ou une association;

- g) toute prestation d'invalidité payable par un régime de retraite privé, à l'exclusion de tout montant supplémentaire versé à titre d'indexation des prestations sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;
 - h) toute indemnité de remplacement du revenu payable en vertu de tout régime public qui exige ou fournit des prestations d'assurance automobile sans égard à la responsabilité.
- 3) Si l'adhérent touche l'un ou l'autre des paiements ou indemnités susmentionnés en 1) et en 2) sous la forme d'un montant forfaitaire au lieu de prestations périodiques, l'assureur réduit le montant de la prestation mensuelle payable de ce montant, qui est ramené sur une base mensuelle en fonction d'une période de 60 mois ou du nombre de mois d'invalidité à l'égard duquel le montant forfaitaire est versé, selon la période la plus courte.

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

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

4) Restrictions

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

- a) durant laquelle l'adhérent ne reçoit pas des soins médicaux continus en raison de la maladie ou des dommages corporels causant l'invalidité totale;
- b) durant laquelle l'adhérent prend la portion «congé volontaire» d'un congé de maternité, tel que décrit à la section DÉFINITIONS, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- c) durant un congé parental ou familial pris par un adhérent conformément aux dispositions de la loi provinciale ou fédérale applicable, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- d) pendant toute période d'arrêt de travail par suite d'une grève, d'un lock-out, d'une mise à pied ou d'un congé autorisé, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- e) durant l'emprisonnement de l'adhérent par suite d'une condamnation pour infraction; ou
- f) lorsque l'adhérent séjourne à l'extérieur du Canada pendant une période de plus de 3 mois pour quelque raison que ce soit, à moins que l'assureur ne convienne d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période.

L'assureur n'effectue aucun versement pour toute période d'invalidité totale qui commence au cours des douze premiers mois durant lesquels l'adhérent est couvert si cette invalidité totale découle directement ou indirectement d'une maladie ou de dommages corporels pour lesquels l'adhérent a reçu les soins d'un médecin ou a pris des médicaments prescrits sur ordonnance pendant les trois mois précédant immédiatement la date de prise d'effet de son assurance.

Toutefois, si la police est en vigueur depuis moins de 12 mois, mais que l'employé était assuré en vertu du contrat antérieur comportant des garanties similaires offert par l'employeur au cours de toute période de temps précédant immédiatement la date de prise d'effet de la police, cette période de temps sera prise en compte dans la détermination de la période de 12 mois d'assurance.

5) Exclusions

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

- a) des dommages corporels que l'adhérent s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- b) une blessure subie lors d'une guerre, déclarée ou non, le service actif de l'adhérent dans les forces armées d'un pays, sa participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
- c) une infraction ou tentative d'infraction au Code criminel;
- d) des soins médicaux ou chirurgicaux d'ordre esthétique, sauf si les soins esthétiques sont fournis par suite d'un accident survenu pendant que l'adhérent était couvert en vertu du contrat;
- e) l'abus d'alcool ou de stupéfiants, à moins que l'adhérent ne participe de façon active et continue à un programme mené sous surveillance médicale pour remédier à cet abus, qu'il ne reçoive des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation et qu'il ne séjourne dans un centre spécialisé reconnu;
- f) le fait pour l'adhérent d'avoir conduit un véhicule motorisé alors qu'il était sous l'influence de stupéfiants ou que la concentration d'alcool dans son sang excédait la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada.

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ TOTALE

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

- 1) deux semaines consécutives de travail à temps plein durant le délai de carence; ou
- 2) six mois consécutifs de travail à temps plein suivant immédiatement une période d'invalidité totale qui a donné lieu au versement de prestations en vertu de la présente garantie.

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

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

GESTION DE L'INVALIDITÉ

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

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

- 1) coordination de l'accès à des services de santé;
- 2) programme de soutien à la réintégration au travail;
- 3) négociation d'un retour progressif au travail;
- 4) programme de réadaptation pouvant inclure des services d'évaluation, de traitement, de formation, de placement et de recherche d'emploi.

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

- 1) l'invalidité totale n'est pas réputée avoir pris fin pour la seule raison que l'adhérent participe audit programme, sous réserve d'une période maximale de 24 mois;

- 2) si, pendant qu'il participe audit programme, l'état de santé de l'adhérent se détériore au point où il n'est plus capable de poursuivre le programme, les conditions de la présente garantie s'appliquent de nouveau à l'égard de l'adhérent, tout comme s'il n'avait jamais participé au programme;
- 3) la limite relative au nombre de mois pendant lesquels des prestations mensuelles sont payables au cours de toute période d'invalidité totale continue de s'appliquer même si l'adhérent participe à un programme approuvé de gestion de l'invalidité ou à une activité de réadaptation rémunératrice;
- 4) si, pendant qu'il participe audit programme, l'adhérent reçoit un revenu, l'assureur utilise la formule suivante pour déterminer quel montant il doit retrancher des prestations payables à l'adhérent :

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

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

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

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

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

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

CESSATION DES VERSEMENTS

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

- 1) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
- 2) la date à laquelle l'adhérent s'adonne à toute tâche rémunératrice autre qu'une activité de réadaptation rémunératrice approuvée;
- 3) la date fixée par l'assureur à laquelle l'adhérent est censé lui avoir fourni une attestation satisfaisante de son invalidité totale ou s'être soumis à un examen médical demandé par l'assureur, mais a négligé ou refusé de le faire;

- 4) la date à laquelle est écoulée la période maximale de versement des prestations indiquée au TABLEAU DES GARANTIES pour toute période d'invalidité totale;
- 5) la date à laquelle l'adhérent refuse de participer à un programme de gestion de l'invalidité ou de s'adonner à une activité de réadaptation que l'assureur juge appropriée;
- 6) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

EXONÉRATION DES PRIMES

Pendant la période de versement des prestations mensuelles, l'assureur exonère l'adhérent totalement invalide du paiement de toute prime exigible en vertu de la présente garantie.

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

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

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

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

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

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

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

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

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

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

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

Établissement spécialisé en soins palliatifs désigne tout établissement au Canada légalement désigné comme tel, dont la fonction consiste à donner, sous la surveillance d'un médecin, des soins et des traitements aux malades, principalement durant la phase terminale de la maladie, à fournir des soins infirmiers 24 heures sur 24, dispensés par une infirmière autorisée et à tenir des registres quotidiens sur chaque malade confié aux soins d'un médecin. Cependant, les hôpitaux pour soins de courte durée légalement désignés comme tels, les établissements de soins prolongés, les maisons de repos, les maisons de convalescence ou de réadaptation, les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les sanatoriums, les hôpitaux de convalescence et les établissements qui dispensent des soins aux alcooliques ou aux toxicomanes ne sont pas inclus.

Frais usuels et raisonnables désigne les frais habituellement exigés pour des soins ou produits similaires et limités au tarif qui prédomine dans la région où les soins ou produits sont fournis. « Soins ou produits similaires » signifie des soins ou des produits qui sont comparables quant à leur nature et à leur durée, qui exigent une même compétence et qui sont fournis par une personne ayant une formation et une expérience similaires.

Hospitalisation désigne

- 1) une admission à l'hôpital comme patient interne alité (salle ou chambre) pour un séjour qui dure plus de 18 heures consécutives;
- 2) toute visite dans un hôpital au cours de laquelle l'adhérent subit une chirurgie d'un jour.

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

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

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

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

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

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

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

Programme d'accompagnement patient désigne le programme offrant du support à la personne assurée pour faciliter la gestion de sa condition médicale et la prise de ses médicaments.

Exclusion : Si la personne assurée refuse de participer au programme, elle pourrait ne pas être admissible au remboursement du médicament.

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

Exclusion : Si la personne assurée refuse de participer au programme, elle pourrait ne pas être admissible au remboursement du médicament.

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

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

- 1) n'a fait l'objet d'aucune modification ou recommandation de modification du traitement ou de la posologie des médicaments prescrits; et
- 2) n'est caractérisée par aucun symptôme ne laissant présager une détérioration de la condition médicale pendant la durée du voyage.

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

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

OBJET DE LA GARANTIE

Dès réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant qu'une personne couverte a engagé des frais admissibles pendant qu'elle était couverte en vertu de cette garantie, DSF rembourse ces frais conformément aux dispositions de cette police.

Pour tous les frais admissibles, l'assureur rembourse la partie des frais usuels et raisonnables qui excède la franchise, sous réserve du pourcentage de remboursement.

Pour être considérés comme admissibles, les frais doivent être médicalement nécessaires pour le traitement de la personne assurée et engagés au Canada à la suite d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident et couvrir des médicaments ou produits qui :

- 1) ont été préalablement prescrits par un médecin ou tout professionnel de la santé autorisé à le faire selon la loi applicable;
- 2) sont reconnus par la profession médicale comme étant adéquats et conformes pour le diagnostic; et
- 3) ne peuvent pas être omis sans nuire à l'état de la personne ou à la qualité des soins médicaux.

Les frais admissibles sont considérés avoir été engagés à la date à laquelle les médicaments ou produits ont été obtenus.

Réseau de fournisseurs privilégiés

L'assureur peut sélectionner des fournisseurs pour la distribution de certains médicaments et produits et peut restreindre les prestations pour des frais admissibles engagés auprès d'un autre fournisseur.

FRANCHISE

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

TICKET MODÉRATEUR

Le ticket modérateur est la partie des frais admissibles que l'adhérent doit payer pour chaque médicament pour lequel des frais ont été engagés, avant que la présente garantie ne donne droit à un remboursement. Le montant du ticket modérateur est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT

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

FRAIS ADMISSIBLES AU CANADA – ACCIDENT-MALADIE

Les frais admissibles sont ceux énumérés ci dessous et engagés :

- 1) dans la province de résidence de l'adhérent; et
- 2) l'extérieur de la province de résidence de l'adhérent, mais au Canada, pour une raison autre qu'une urgence médicale.

FRAIS D'HOSPITALISATION

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

Établissement spécialisé en soins palliatifs : les frais d'hébergement pour des soins palliatifs jusqu'à concurrence de la limite indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

Maison de convalescence ou de réadaptation : les frais d'hébergement dans une maison de convalescence ou de réadaptation autorisée, pourvu que la personne assurée y ait été admise dans les 14 jours suivant son séjour dans un hôpital à titre de malade hospitalisé et que le séjour ait principalement pour objet la réadaptation et non la surveillance du malade, jusqu'à concurrence de la limite indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

MÉDICAMENTS

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

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

troubles cardiaques;
troubles pulmonaires;
diabète;
arthrite;
maladie de Parkinson;
épilepsie;
fibrose kystique;
glaucome.

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

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

- 3) Tout médicament pouvant être injecté ou tout vaccin prescrit par un médecin dans le but de prévenir ou de traiter une maladie; les vaccins préventifs sont limités à un maximum payable de 100 \$ par année civile, par personne assurée.
- 4) Les injections de substances sclérosantes pour le traitement des varices, à condition que ces traitements soient nécessaires à des fins médicales et non esthétiques, à raison d'un maximum admissible de 20 \$ par visite par personne assurée.
- 5) Les produits anesthésiants administrés lors d'une intervention qui n'a pas lieu dans un hôpital, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 20 \$ par intervention.
- 6) Les médicaments pour le traitement de l'infertilité jusqu'au maximum combiné prévu dans le paragraphe Traitement de l'infertilité.

MÉDICAMENTS EXIGEANT UNE AUTORISATION PRÉALABLE

L'autorisation préalable de l'assureur est exigée pour le remboursement de certains médicaments. La liste de ces médicaments est disponible sur le site Web de l'assureur. Un formulaire d'autorisation préalable doit être rempli par le médecin et soumis à l'assureur afin de s'assurer que les médicaments prescrits répondent aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur, notamment que les médicaments prescrits sont utilisés pour une indication thérapeutique approuvée et qu'ils démontrent une efficacité satisfaisante par rapport aux coûts qui y sont reliés. Il est possible que l'assureur rembourse la valeur d'un médicament équivalent lorsqu'il existe un tel médicament équivalent moins cher disponible sur le marché. Une preuve d'efficacité ou de nouveaux résultats peuvent être demandés en cours de traitement afin de déterminer si le médicament produit les effets attendus et demeure admissible au remboursement.

PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT PATIENT ET PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS

L'assureur peut exiger que la personne assurée participe à ces programmes.

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

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

Soins paramédicaux : les services fournis par chaque type de professionnel mentionné ci-dessous, jusqu'à concurrence du maximum de frais payables indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, à condition que ce professionnel exerce dans les limites de sa compétence et qu'il soit membre en règle de son association ou de sa corporation professionnelle et que son association ou sa corporation soit reconnue par l'assureur.

Ces services ne nécessitent pas de recommandation médicale :

- acupuncteur;
- audiologiste ou thérapeute de l'ouïe;
- chiropraticien;
- diététiste ou nutritionniste;
- ergothérapeute;
- homéopathe;
- massothérapeute, kinésithérapeute, kinothérapeute ou orthothérapeute;
- naturopathe;
- ostéopathe;
- orthophoniste ou thérapeute de la parole;
- physiothérapeute, physiatre, thérapeute en réadaptation physique ou thérapeute du sport;
- podiatre ou podologue;
- psychologue, travailleur social, conseiller en orientation, psychothérapeute, conseiller clinique agréé ou psychoéducateur.

Les frais engagés pour des techniques d'imageries utilisées par un chiropraticien, un ostéopathe, un podiatre ou un podologue sont couverts, jusqu'à concurrence de 40 \$ de frais payables par année civile par personne assurée pour chacune des spécialités.

AMBULANCE

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

- 1) à partir de l'endroit où la personne assurée est victime de l'accident ou tombe malade, jusqu'à l'hôpital le plus proche où elle peut obtenir les soins appropriés;
- 2) d'un hôpital à un autre; et
- 3) d'un hôpital au domicile de cette personne lorsque l'état du patient l'exige.

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

AIDE À LA MOBILITÉ

Fauteuil roulant non motorisé : achat et réparation, ou location, à la discrétion de l'assureur, jusqu'à concurrence d'un fauteuil par période de 60 mois consécutifs et d'un maximum viager de 3 000 \$ de frais payables par personne assurée. Les frais engagés pour un fauteuil roulant motorisé sont admissibles si l'état de santé de la personne assurée requiert l'usage exclusif d'un tel fauteuil.

Marchette, canne ou béquilles : achat ou location, à la discrétion de l'assureur.

FOURNITURES ORTHOPÉDIQUES

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

Attelle rigide ou semi-rigide, bandage herniaire et plâtre : achat et réparation.

Lit d'hôpital non électrique : achat et réparation, ou location, à la discrétion de l'assureur, jusqu'à concurrence d'un lit d'hôpital par période de 60 mois consécutifs par personne assurée. Les frais engagés pour un lit d'hôpital électrique sont admissibles si l'état de santé de la personne assurée requiert l'usage exclusif d'un tel lit.

Chaussures orthopédiques : achat, à raison d'une paire pour les adultes ou de deux paires pour les enfants de moins de 18 ans et jusqu'à concurrence de 400 \$ de frais payables par année civile, par personne assurée. Pour être considérées comme orthopédiques, les chaussures doivent être conçues et fabriquées sur mesure pour une personne précise à partir d'un moulage dans le but de corriger un défaut du pied ou être des chaussures ouvertes, évasées ou droites, ou être nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne. De plus, elles doivent être fabriquées et facturées par des laboratoires détenant un permis en vertu de la loi sur la protection de la santé publique. Le coût des chaussures préfabriquées modifiées ou ajustées et les modifications ou ajustements à des chaussures préfabriquées est également admissible, mais les chaussures profondes ne sont pas considérées comme des chaussures orthopédiques. Les chaussures normales faisant partie de l'inventaire courant sont exclues.

ORTHÈSES ET PROTHÈSES

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

Orthèse de pied : achat, jusqu'à concurrence d'une paire pour les adultes ou de deux paires pour les enfants de moins de 18 ans et de 200 \$ de frais payables par année civile, par personne assurée.

Membre artificiel et prothèse myoélectrique : achat initial, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ de frais payables par prothèse. Réparation, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ de frais payables par prothèse. Les frais de remplacement sont couverts si le remplacement découle d'un changement physiologique, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ de frais payables par prothèse.

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

Prothèses mammaires : achat, lorsque requises à la suite d'une mastectomie réalisée pendant que la personne est assurée en vertu de la présente garantie ou d'une garantie comparable en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de la présente garantie, y compris l'achat de deux soutiens-gorge post-mastectomie, jusqu'à concurrence du coût de prothèses mammaires externes et de 200 \$ de frais payables par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs.

Prothèse auditive : achat, sur ordonnance écrite d'un oto-rhino-laryngologiste diplômé, jusqu'à concurrence de 500 \$ de frais payables par personne assurée pour toute période de 36 mois consécutifs, y compris les piles à l'achat initial.

Prothèse capillaire : achat, lorsque requise à la suite de la chute temporaire des cheveux en cas d'alopécie, chimiothérapie ou radiothérapie, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 200 \$ de frais payables par personne assurée.

ÉQUIPEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Glucomètre ou réflectomètre : achat ou location, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante et que son état nécessite l'utilisation d'un tel appareil, jusqu'à concurrence de 200 \$ de frais payables et d'un seul appareil par personne assurée pour toute période de 36 mois consécutifs.

Fournitures pour pompes à insuline : achat.

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

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

Pompe lymphoedème et accessoires de percussion thoracique : achat.

Appareil d'énurésie : achat ou location, à la discrétion de l'assureur.

Appareil de traction : achat ou location, à la discrétion de l'assureur.

Aide à la verticalisation : achat ou location, à la discrétion de l'assureur.

Neurostimulateur T.E.N.S. : achat ou location, à la discrétion de l'assureur, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 700 \$ de frais payables par personne assurée.

Autres équipements thérapeutiques : Achat ou location, à la discrétion de l'assureur, les équipements sont médicalement nécessaires et destinés à guérir ou à traiter une affection, jusqu'à concurrence de 1 500 \$ de frais payables par personne assurée, par année civile. Cette catégorie d'appareils comprend par exemple les stimulateurs de consolidation de fracture, les pompes à insuline, les appareils d'aérosolthérapie et les respirateurs à pression positive intermittente.

FOURNITURES MÉDICALES

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

Bas de contention : achat, à condition qu'ils soient de compression moyenne ou forte (au moins 20mm/Hg) et fournis dans une pharmacie ou dans un établissement médical, jusqu'à concurrence de 4 paires et de 500 \$ de frais payables par année civile, par personne assurée.

Stérilet ou diaphragme : achat, jusqu'à concurrence d'un montant global de 50 \$ de frais payables par année civile, par personne assurée.

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

Cathéter : achat.

Fournitures médicales servant au gavage : achat.

Fournitures médicales nécessaires suite à une trachéotomie : achat.

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

Vêtements compressifs pour brûlés : achat.

Pansements médicamenteux : achat.

Couvre-moignons : 10 par année civile, par personne assurée.

SERVICES DIAGNOSTIQUES

Techniques d'imagerie (incluant les examens aux rayons X, aux ultrasons et par résonance magnétique), analyse de laboratoire, test de dépistage prénatal et traitements au radium ou aux rayons X, à l'exclusion des services reçus à l'hôpital, jusqu'à concurrence d'un montant de 1 000 \$ de frais payables par année civile, par personne assurée.

SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT

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

CURES ET TRAITEMENTS

Traitement de l'infertilité : les frais engagés pour tout traitement de l'infertilité, y compris les médicaments, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 3 000 \$ de frais payables par personne assurée.

SOINS DE LA VUE

Examen de la vue : y compris la vérification de la réfraction oculaire, étant entendu que ces services doivent être rendus par un ophtalmologiste autorisé ou un optométriste diplômé, jusqu'à concurrence de 100 \$ de frais payables par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs dans le cas des adultes et de 12 mois consécutifs dans le cas des enfants de moins de 18 ans.

Lentilles intraoculaires : achat, en remplacement du cristallin naturel à la suite d'une cataracte, jusqu'à concurrence de 200 \$ de frais payables par année civile, par personne assurée.

LUNETTES, LENTILLES ET CHIRURGIE

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

Lentilles cornéennes : achat, à condition que celles-ci soient rendues nécessaires par une opération de la cataracte et qu'elles permettent l'obtention d'un niveau minimum d'acuité visuelle de 20/40 et jusqu'à concurrence d'un montant payable de 250 \$ par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs.

LE SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ

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

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

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

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

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

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

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

FRAIS ADMISSIBLES - MALADE DIRIGÉ

Tous les frais admissibles énumérés à la partie ci-après intitulée « Assurance voyage », mais qui sont engagés hors de la province de résidence habituelle de la personne assurée parce qu'elle a été dirigée vers un autre médecin, sont considérés comme étant des frais admissibles, sous réserve de ce qui suit :

- 1) le service ou le traitement ne se donne pas au Canada ou dans la province de résidence habituelle de la personne assurée;
- 2) la personne assurée doit fournir à l'assureur une lettre écrite par un médecin de la province de résidence habituelle de la personne assurée et dans laquelle le médecin indique qu'il dirige le patient vers un autre médecin;
- 3) l'assureur doit donner son autorisation écrite au préalable;
- 4) le régime provincial d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie (ou les deux) doit participer au remboursement des frais admissibles.

Le montant maximum payable par l'assureur à l'égard des frais admissibles engagés hors de la province de résidence à la suite d'une orientation vers un autre médecin sera limité au pourcentage de remboursement indiqué au TABLEAU DES GARANTIES et aux maximums définis ci-après :

- 1) les frais engagés hors de la province de résidence, mais au Canada : aucun maximum;
- 2) les frais engagés hors du Canada : jusqu'à concurrence de 50 000 \$ de frais admissibles par année civile, par personne assurée.

FRAIS ADMISSIBLES - ASSURANCE VOYAGE

Lorsqu'une personne assurée doit engager des frais en raison d'une urgence médicale survenant au cours des 180 premiers jours d'un séjour à l'extérieur de sa province de résidence, l'assureur rembourse les frais admissibles conformément aux dispositions indiquées au TABLEAU DES GARANTIES et aux conditions suivantes :

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

- 2) les frais doivent être couverts en vertu de la garantie d'assurance accident-maladie; et
- 3) les frais doivent être reliés à un état de santé stable avant la date de début du voyage.

L'adhérent doit communiquer avec l'assureur si la durée du séjour à l'extérieur de la province de résidence est ou pourrait être supérieure à 180 jours, sans quoi la personne assurée pourrait ne pas être couverte en vertu de l'assurance voyage.

1) Frais médicaux admissibles :

- a) les frais engagés pour des services hospitaliers et ceux engagés pour un séjour dans une chambre à deux lits (semi-privée) dans un hôpital, jusqu'à ce que la personne assurée reçoive son congé de l'hôpital;
- b) les honoraires d'un médecin, d'un chirurgien et d'un anesthésiste;
- c) tous les autres frais admissibles qui sont couverts en vertu de la présente garantie dans la province de résidence habituelle de la personne assurée, sauf les frais admissibles pour les soins hospitaliers et pour les soins à domicile, s'il y a lieu.

2) Frais admissibles de transport :

- a) les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé; le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance; de plus, la personne assurée cesse d'être couverte par l'assurance si elle ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
- b) les frais pour le rapatriement (simultané par rapport à celui du sous-paragraphe précédent) de tout membre de la famille immédiate qui est également assuré en vertu de la police, s'il ne peut revenir à son point de départ par le moyen de transport initialement prévu pour le retour; le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance;
- c) le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié qui n'est ni un membre de la famille immédiate, ni un ami, ni un compagnon de voyage, à condition que la présence d'un tel accompagnateur soit prescrite par le médecin traitant et approuvée par Voyage Assistance;

- d) le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne assurée qui demeure à l'hôpital pendant au moins sept jours (les frais ne seront remboursés que si la personne demeure à l'hôpital au moins sept jours); cette visite n'est cependant pas admissible au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus. Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont également couverts, jusqu'à concurrence de 1 500 \$. La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant et la visite doit préalablement être approuvée et planifiée par Voyage Assistance.
 - e) les frais de retour du véhicule, si la personne assurée souffre d'une incapacité résultant d'une urgence médicale certifiée par un médecin et qu'elle ne soit pas en état, selon celui-ci, de ramener elle-même son véhicule ou celui qu'elle a loué et qu'aucun membre de la famille immédiate ou compagnon de voyage l'accompagnant ne soit en état de le faire; le retour peut être effectué par une agence commerciale, mais il doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance; le remboursement maximal est de 2 500 \$ par adhérent;
 - f) en cas de décès de la personne assurée, le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement (le voyage doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance); il faut cependant qu'aucun membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage;
 - g) en cas de décès de la personne assurée, les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train), jusqu'à concurrence de 5 000 \$; le coût du cercueil n'est pas inclus dans l'assurance; le retour doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance.
- 3) Frais admissibles de subsistance : le coût des repas et de l'hébergement de la personne assurée qui doit reporter son retour en raison d'une maladie ou d'une blessure corporelle qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, de même que les frais additionnels de garde des enfants qui ne l'accompagnent pas; ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour par personne assurée, pendant un maximum de 10 jours; la maladie ou la blessure doit être constatée par un médecin.

- 4) Frais admissibles d'appels interurbains : les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la famille immédiate si la personne assurée est hospitalisée, pourvu qu'aucun frais de transport pour visiter la personne assurée, tel que prévu à la section d) ci-dessus ne soient remboursés et que cette dernière ne soit pas accompagnée par un membre de sa famille immédiate âgé de 18 ans ou plus, jusqu'à concurrence de 50 \$ par jour et d'un maximum global de 200 \$ par période d'hospitalisation.
- 5) Décisions médicales : lorsqu'un médecin ou un autre professionnel de la santé, à l'emploi de Voyage Assistance, lié par contrat à Voyage Assistance ou désigné par ce dernier prend des décisions quant à la nécessité de fournir les services couverts tels qu'ils sont décrits ci-dessus, il s'agit alors de décisions médicales fondées sur des facteurs médicaux qui sont décisives lorsqu'il s'agit de déterminer la nécessité d'offrir ces services.
- 6) Le service Voyage Assistance

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

- a) assistance téléphonique sans frais, 24 heures sur 24;
- b) orientation vers des médecins ou des établissements de santé;
- c) aide pour l'admission à l'hôpital;
- d) avances de fonds à l'hôpital lorsqu'elles sont exigées par l'établissement concerné;
- e) rapatriement de la personne assurée dans sa ville de résidence, dès que son état de santé le permet;
- f) établissement et maintien des contacts avec l'assureur;
- g) règlement des formalités en cas de décès;
- h) rapatriement des enfants de la personne assurée si elle est immobilisée;
- i) envoi d'aide médicale et de médicaments si une personne assurée se trouve trop loin des établissements de santé pour y être transportée;
- j) arrangements nécessaires pour faire venir un membre de la famille immédiate si la personne assurée doit séjourner à l'hôpital au moins sept jours et si le médecin prescrit une telle visite;
- k) en cas de perte ou de vol de papiers d'identité, aide pour se procurer des papiers temporaires afin de poursuivre le voyage;
- l) orientation vers des avocats si des problèmes juridiques surviennent;
- m) service d'interprète lors d'appels d'urgence;
- n) transmission de messages aux proches de la personne assurée en cas d'urgence;

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

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

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

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

- 1) Aucun remboursement n'est effectué en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :
- a) les services ou les soins qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer en totalité ou en partie, sauf dans la mesure où il permet un remboursement excédentaire;
 - b) les services, les soins ou les produits que la personne reçoit gratuitement ou qui sont remboursables en vertu d'une loi provinciale ou fédérale, étant entendu que pour une personne qui n'est pas couverte par les lois en question, l'assureur ne rembourse pas les frais qui auraient normalement été couverts par les lois sur l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée;
 - c) les services, les soins ou les produits administrés à des fins expérimentales;
 - d) les services, les soins ou les produits fournis à l'adhérent par l'employeur;
 - e) les services, soins ou produits fournis à la personne assurée par un proche parent;
 - f) les fauteuils roulants conçus ou adaptés pour permettre la participation à des activités sportives;
 - g) les appareils robotisés d'aide à la marche;
 - h) les frais engagés pour tout ce qui est implanté chirurgicalement;

- i) les appareils de contrôle tels les stéthoscopes, les sphymomanomètres ou les autres appareils de même nature ainsi que les accessoires domestiques tels les purificateurs, les humidificateurs, les climatiseurs, les baignoires à remous ou autres appareils de même nature;
- j) les équipements de type «Obus Forme»;
- k) les cours, programmes d'exercices, programmes de conditionnement physique sur appareil ou au sol, bains flottants, bains de boue, bains thérapeutiques, exercices de relaxation, exercices en gymnase, séances d'étirement et renforcement, évaluations posturales et bougies auriculaires;
- l) les appareils, fournitures et équipements conçus ou adaptés pour permettre la participation à des activités sportives;
- m) les couches pour incontinence;
- n) les soins dentaires, sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;
- o) les actes dentaires et les fournitures ayant pour but la restauration de la bouche au complet ainsi que la correction de la dimension verticale ou de toute dysfonction temporo-mandibulaire;
- p) les voyages de santé ou les voyages effectués pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- q) les services, les soins ou les produits non inclus dans la liste des frais admissibles;
- r) les frais admissibles qui découlent directement ou indirectement :
 - i) de dommages corporels que l'assuré s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
 - ii) de soins esthétiques;
 - iii) d' une infraction ou tentative d'infraction criminelle, incluant la conduite avec facultés affaiblies, tel que prévu au Code criminel du Canada;
 - iv) de toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute loi semblable ou en vertu de tout autre régime public;
 - v) d'une guerre, déclarée ou non, du service actif dans les forces armées d'un pays ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;

- vi) du fait pour l'adhérent d'avoir conduit un véhicule motorisé alors qu'il était sous l'influence de stupéfiants ou que la concentration d'alcool dans son sang excédait la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada; les frais admissibles engagés pour une cure de désintoxication et les frais engagés pour l'achat de médicaments que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments couvrirait ne sont pas visés par la présente;
- s) les frais engagés pour une cure de désintoxication;
- t) les lunettes de soleil ou les lunettes protectrices.

Les prestations peuvent être limitées ou aucun remboursement effectué pour des soins ou produits disponibles dans le réseau de fournisseurs privilégiés mais obtenus d'un autre fournisseur.

2) Exclusions applicables aux médicaments

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

- a) les médicaments, les hormones, les produits et les injections servant au traitement de l'obésité;
- b) les produits anticonceptionnels (gelées et mousses contraceptives et prophylactiques), sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;
- c) les produits suivants, qu'ils soient considérés ou non comme des médicaments :
 - i) les shampooings et les autres produits pour le cuir chevelu, y compris les produits pour la pousse des cheveux;
 - ii) les produits pour soins esthétiques;
 - iii) les cosmétiques;
 - iv) les produits dits naturels et les préparations homéopathiques;
 - v) les écrans solaires;
 - vi) les savons;
 - vii) les laxatifs d'usage courant;
 - viii) les antiacides stomacaux d'usage courant;
 - ix) les émollients épidermiques;
 - x) les désinfectants et les pansements usuels;
 - xi) les eaux minérales;
 - xii) les préparations de lait de toute nature pour bébés;
 - xiii) les protéines ou suppléments diététiques (c'est-à-dire les produits servant de supplément ou de complément à l'alimentation);

- d) les substances utilisées pour injections sclérosantes dans les cas de varicosités, de pinceaux veineux et de dilatation mineure non réellement pathologiques mais considérés comme inesthétiques;
- e) les produits et les médicaments prescrits pour le traitement de dysfonctions sexuelles;
- f) les médicaments ou produits antitabac qui ne sont pas couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments ainsi que les frais en excédent du maximum prévu en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments relativement aux médicaments ou produits antitabac;
- h) les frais engagés pour des soins, produits ou médicaments qui sont utilisés pour traiter des conditions spécifiques autres que celles pour lesquelles ils ont été conçus;
- i) les frais engagés pour des soins, produits ou médicaments qui font l'objet d'une consommation plus élevée que celle prévue par les critères établis par l'assureur;

Les prestations peuvent être limitées ou aucun remboursement effectué pour des médicaments ou produits disponibles dans le réseau de fournisseurs privilégiés mais obtenus d'un autre fournisseur.

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

3) Exclusions applicables aux médicaments exigeant une autorisation préalable

Aucun remboursement n'est effectué en vertu de la présente garantie pour les médicaments qui ne répondent pas aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur à la date à laquelle les frais sont engagés.

4) Restrictions applicables aux médicaments

La quantité des médicaments ou produits achetés ne doit pas dépasser une provision de 60 jours; cette restriction est de 100 jours pour les médicaments d'entretien.

5) Exclusions et limitations applicables à l'assurance voyage

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

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

- a) si la personne assurée n'est pas couverte en vertu de régimes d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;
- b) si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir des traitements médicaux ou paramédicaux ou des services hospitaliers, sauf si la personne assurée a été dirigée vers un autre médecin, conformément aux dispositions prévues à la partie MALADE DIRIGÉ de la présente garantie;
- c) pour une chirurgie ou un traitement, lorsque ceux-ci sont facultatifs ou non urgents, c'est-à-dire qu'ils auraient pu être prodigués dans la province de résidence de la personne assurée sans danger pour sa vie ou sa santé, même si les soins sont prodigués à la suite d'une urgence médicale;
- d) si la personne assurée ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
- e) pour les frais de soins de santé et les frais hospitaliers qui sont engagés pour une personne assurée qui ne peut être rapatriée dans sa province de résidence et qui refuse un traitement médical prescrit par le médecin et approuvé par le Service d'assistance voyage;
- f) pour toute urgence médicale survenue dans un pays ou une région pour lesquels le gouvernement du Canada a émis, avant la date de début du voyage, un des avertissements suivants :
 - i) éviter tout voyage non essentiel; ou
 - ii) éviter tout voyage.

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

- g) si la personne assurée refuse de divulguer les renseignements nécessaires à l'assureur relativement aux autres régimes d'assurance en vertu desquels elle bénéficie également de garanties d'assurance voyage ou si elle refuse à l'assureur l'utilisation de tels renseignements;
- h) si les frais engagés sont reliés à un état de santé qui n'était pas stable avant la date de début du voyage.

Les prestations d'assurance voyage et d'assistance voyage sont limitées à un remboursement viager global de 5 000 000 \$ CAN par personne assurée.

COORDINATION DES PRESTATIONS

La présente garantie est assujettie à la disposition relative à la COORDINATION DES PRESTATIONS de la section DEMANDES DE PRESTATIONS du contrat.

COORDINATION DES PRESTATIONS POUR L'ASSURANCE VOYAGE

Si une personne couverte par l'assurance voyage est également couverte en vertu de tout autre régime ou assurance qui fournit des prestations semblables, seuls les frais admissibles en excédent des montants payables par tous les autres régimes ou assurances sont couverts en vertu de l'assurance voyage.

Si les autres régimes ou assurances comportent une stipulation semblable ou une disposition de coordination des prestations, les prestations sont coordonnées entre tous les régimes ou assurances de sorte que le total des paiements n'excède pas le total des frais admissibles engagés par la personne.

FIN DE LA GARANTIE

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

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

Au décès de l'adhérent et sous réserve des dispositions prévues à la présente garantie, l'assurance des personnes à charge est prolongée sans paiement de prime jusqu'à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle 24 mois se sont écoulés après la date du décès de l'adhérent;
- 2) la date à laquelle la personne à charge cesse d'être admissible pour une autre raison que le décès de l'adhérent;
- 3) la date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si l'adhérent n'était pas décédé;
- 4) la date de la fin de la garantie ou du contrat.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

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

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

REMBOURSEMENT DES FRAIS DE MÉDICAMENTS

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

Notre engagement envers nos adhérents

En tant qu'adhérent, vous avez droit à notre attention, à notre respect et à notre disponibilité. Vous pouvez compter sur l'engagement de notre équipe à traiter vos demandes avec objectivité et diligence afin de toujours bien vous servir.

Desjardins Assurances place les besoins de ses adhérents au centre de ses préoccupations. Votre sécurité financière nous est primordiale. Ainsi, nous sommes en mesure d'apporter un soutien financier en cas de maladie, d'accident ou de décès.

La présente brochure donne un aperçu de nos obligations financières envers vous.

desjardinsassurancevie.com



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

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

MC Marque de commerce propriété de Desjardins Sécurité financière

Ce document est imprimé sur du papier Cascades Rolland Enviro100.

