

Résumé des garanties

Life Science Nutritionals Inc et l'Union Internationale TUAC AM-2001-6404

RÉGIME : 401.AA

Division : Life Science Nutritionals Inc et l'Union Internation Classe : Tous les salariés syndiqués

Assurance vie

Montant	1.00 fois les gains annuels
Maximum sans preuves	100 000 \$
Maximum avec preuves	100 000 \$
Formule de réduction	50% à 65 ans
Exonération des primes	Oui Délai : 182 jours
Terminaison de la garantie	70 ans
Nombre d'heures admissible	30 heures / semaine
Délai d'admissibilité	520 heures

MAM

Montant	1.00 fois les gains annuels
Maximum sans preuves	100 000 \$
Maximum avec preuves	100 000 \$
Formule de réduction	50% à 65 ans
Exonération des primes	Oui Délai : 182 jours
Terminaison de la garantie	70 ans
Délai d'admissibilité	520 heures

Vie PAC

Conjoint	10 000 \$
Enfant	5 000 \$
Terminaison de la garantie	70 ans
Exonération des primes	Oui Délai : 182 jours
Prolongation	24 mois
Délai d'admissibilité	520 heures

ICD

Prestations	55.00 % du salaire
Maximum sans preuves	650 \$
Maximum avec preuves	650 \$
Imposition de la prestation	Imposable
Intégré à l'assurance-emploi	Oui
PSC	Non
Condition pré-existante	
Hospitalisation	0 jour(s)
Accident	7 jour(s)
Maladie	7 jour(s)
Durée	27 semaine(s)
Terminaison de la garantie	À la retraite
Exonération des primes	Oui Délai : 182 jours
Délai d'admissibilité	520 heures

ILD

Prestations (1)	70.00 % du salaire
Maximum sans preuve	5 000 \$
Maximum avec preuves	5 000 \$
Imposition de la prestation	Imposable
Délai de carence	182 jour(s)
Indexation	Selon IPC maximum 2.00 %
Intégration	85 %
Couverture	Propre emploi
Nombre de mois ou d'années	24 mois
Durée	jusqu'à 65 ans
Terminaison de la garantie	64 ans et 6 mois
Exonération des primes	Oui Délai : 182 jours
Condition pré-existante	90 jours/12 mois
Rente survivant	Non

Résumé des garanties

Life Science Nutritionals Inc et l'Union Internationale TUAC AM-2001-6404

RÉGIME : 401.AA Division : Life Science Nutritionals Inc et l'Union Internation Classe : Tous les salariés syndiqués

Délai d'admissibilité 520 heures

Assurance maladie

Franchise applicable

Médicaments	Non
Hospitalisation	Non
Paramédicaux	Non
Autres frais	Non

Assurance voyage

Hors Canada	100 %
Assurance voyage	Oui
Maximum	5 000 000 \$
Annulation voyage	Oui
Maximum	5 000 \$ / voyage
Perte de bagages	1 000 \$
Assistance médicale	Oui
Frais d'urgence hors pays au 1er dollar	Oui
Durée du séjour	180 jour(s)
Durée du séjour 65 ans et plus	180 jour(s)

Frais hospitaliers

Coassurance	100 %
Type de chambre	Semi-privée

Médicaments

Carte paiement	Direct
Type de médicament	Restrictive plus survie avec gén. forcé
Coassurance d'origine	80 %
Coassurance générique	80 %
Déboursé maximum	1 161.00 \$
Ticket modérateur	5.00 \$

Soins de la vue

Coassurance	80 %
Examen de la vue (adulte)	50 \$ pour 24 mois
Examen de la vue (enfant)	50 \$ pour 24 mois

Autres frais

Coassurance	80 %
Ambulance	Usuel et coutumier
App./Acc. Apnée du sommeil	Usuel et coutumier
Groupe 5	1000 \$ par année civile
Frais de laboratoire	
Imagerie médicale	
Orthèse podiatrique	400 \$ pour 36 mois
Prothèses auditives	300 \$ par année civile
Vaccin préventif	Usuel et coutumier

Paramédicaux

Coassurance	80 %
Acupuncteur	400 \$ par année civile
Chiropraticien	400 \$ par année civile
Groupe 1	400 \$ par année civile
Psychologue	
Travailleur social	
Groupe 2	400 \$ par année civile

Résumé des garanties

Life Science Nutritionals Inc et l'Union Internationale TUAC AM-2001-6404

RÉGIME : 401.AA Division : Life Science Nutritionals Inc et l'Union Internation Classe : Tous les salariés syndiqués

Physiothérapeute	
Thérapeute sportif	
Groupe 3	400 \$ par année civile
Audiologiste	
Orthophoniste	
Groupe 4	400 \$ par année civile
Diététicienne	
Naturopathe	
Massothérapeute	400 \$ par année civile
Ostéopathe	400 \$ par année civile
Podiatre	400 \$ par année civile

Caractéristiques

Prolongation pour survivant	24 mois
Terminaison de la garantie	À la retraite
Exonération des primes	Non
Remboursement	Payable
Délai d'admissibilité	520 heures

PAE

Caractéristiques

Terminaison de la garantie	À la retraite
----------------------------	---------------

Autres maladies graves

Caractéristiques

Montant	8 000 \$
Terminaison de la garantie	70 ans

Télé médecine

Caractéristiques

Terminaison de la garantie	À la retraite
Fournisseur	Télus Santé
Admissibilité	Tous les employés

Assurance voyage

Caractéristiques

Terminaison de la garantie	75 ans
Couverture garantie médicale	Oui
Pourcentage de remboursement	100.00 %
Maximum de remboursement	5000000.00 \$
Couverture bagage	Oui
Pourcentage de remboursement	100.00 %
Maximum avant départ	1000.00 \$
Couverture annulation	Oui
Pourcentage de remboursement	100.00 %
Maximum avant départ	5000.00 \$
Maximum après départ	5000.00 \$
Nombre de jours couverts	180
Conditions pré-existantes	Stabilité
Âge maximum protection enfant / étudiant	21/25

Notes : La garantie d'assurance voyage se termine à la retraite si antérieure à l'âge indiqué à la terminaison de la garantie.

Police des garanties collectives

Titulaire de police

Life Science Nutritionals et l'Union Internationale des travailleurs et travailleuses unis de l'alimentation et de commerce. (Les syndiqués accrédités au numéro de certificat AM-2001-6404; Life Science Nutritionals inc.)

Numéro de police

G0114684

Date d'entrée en vigueur de la police

le 01 décembre 2018

Date d'anniversaire de la police

le 1er décembre

Date de renouvellement

le 1er juin

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers

(ci-après appelée la Financière Manuvie) Waterloo, Ontario, Canada N2J 4C6

Sous réserve des dispositions du présent contrat, la Financière Manuvie convient de verser les prestations prévues aux pages suivantes.

Ces dispositions font partie intégrante du présent contrat au même titre que si elles étaient énoncées au-dessus de la signature apposée ci-dessous.

Fait à Waterloo, Ontario, Canada, le 05 avril 2023.



Le président et chef de la direction

Table des matières

Tableau des garanties collectives	3
Définitions	11
Admissibilité à l'assurance	19
Date d'entrée en vigueur de l'assurance	21
Transfert de l'assurance prévue par le régime antérieur	22
Cessation de l'assurance.....	24
Assurance vie	26
Assurance complémentaire de frais de soins médicaux.....	30
Assurance prolongée pour les survivants	44
Indemnité hebdomadaire/Invalidité de courte durée	45
Assurance contre l'invalidité de longue durée	50
Versement d'indemnités.....	56
Administration de la police d'assurance.....	61
Paiement des primes	64
La police d'assurance	66
Addenda - Contrat	68
Addenda - (Québec)	71

Tableau des garanties collectives

Titulaire de police

Life Science Nutritionals et l'Union Internationale des travailleurs et travailleuses unis de l'alimentation et de commerce. (Les syndiqués accrédités au numéro de certificat AM-2001-6404; Life Science Nutritionals inc.)

Numéro de police

G0114684

Date d'entrée en vigueur de la police

le 01 décembre 2018

Date d'anniversaire de la police

le 1er décembre

Date de renouvellement

le 1er juin

Catégories

AA Tous les employés syndiqués

Date d'entrée en vigueur de l'augmentation du montant d'assurance

à la date où l'employé a droit à l'augmentation

Compagnies associées

Aucune

Tableau des garanties collectives

Assurance vie pour l'employé

Montant d'assurance

Employés de la catégorie AA

1 fois la rémunération annuelle, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 000 \$, sous réserve d'un maximum de 100 000 \$

Maximum sans preuve d'assurabilité

100 000 \$

Réduction de l'assurance

Employés de la catégorie AA

Les montants indiqués ci-dessus sont réduits de 50 % pour les employés âgés de 65 ans ou plus.

Exonération de primes

jusqu'à l'âge de 65 ans

Période d'attente pour l'exonération de primes

182 jours

Âge auquel l'employé n'a plus droit à l'assurance

70 ans ou, s'il est moins élevé, l'âge au départ en retraite

Rémunération

la rémunération habituelle, y compris tout boni habituel, tout paiement pour heures supplémentaires habituelles et toute commission habituelle

Participation à l'assurance

obligatoire

Période probatoire

65 journées de travail pour les employés embauchés au plus tard à la date d'entrée en vigueur

520 heures travaillées pour tous les autres employés

Tableau des garanties collectives

Assurance vie pour personnes à charge

Montant d'assurance

Employés de la catégorie AA

Conjoint - 10 000 \$

Enfant - 5 000 \$

Exonération de primes

jusqu'au 65e anniversaire de naissance de l'employé

Période d'attente pour l'exonération de primes

182 jours

Âge auquel l'employé n'a plus droit à l'assurance

Dès que l'employé atteint l'âge de 70 ans ou prend sa retraite

Assurance prolongée pour les survivants

sous réserve de l'âge auquel l'employé n'a plus droit à l'assurance vie des personnes à charge cité ci-haut

Participation à l'assurance

obligatoire

Période probatoire

65 journées de travail pour les employés embauchés au plus tard à la date d'entrée en vigueur

520 heures travaillées pour tous les autres employés

Tableau des garanties collectives

Assurance complémentaire de frais de soins médicaux

Garantie Médicaments et services pharmaceutiques des personnes assurées domiciliées au Québec

Conformément aux exigences de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec (L.R.Q., c. A-29-01) et de la Loi sur l'assurance maladie, et de leurs règlements (ci-après appelés collectivement la « réglementation »), la garantie Médicaments que prévoit le présent contrat à l'intention des personnes couvertes domiciliées au Québec est administrée selon l'Addenda - Contrat - Garantie Médicaments et services pharmaceutiques des personnes assurées domiciliées au Québec.

Catégories admissibles à la garantie

Employés de la catégorie AA

Les personnes à charge des employés de la catégorie AA sont aussi couvertes en vertu de cette garantie.

Garantie maximale globale

Aucun plafond

Franchise

Aucune

Franchise applicable aux médicaments

5,00 \$ par ordonnance

Taux de remboursement (Coassurance)

100 % - Soins hospitaliers

80 % - Services et matériel médicaux

Services professionnels

Soins de la vue

Médicaments

Remarque : Les frais pour l'orientation d'un patient à l'étranger pour un traitement médical offert au Canada seront remboursés à 50 %.

Âge auquel l'employé n'a plus droit à l'assurance

Dès que l'employé prend sa retraite

Assurance prolongée pour les survivants

sous réserve de l'âge auquel l'employé n'a plus droit à l'assurance complémentaire de frais de soins médicaux cité ci-haut

Participation à l'assurance

obligatoire

Tableau des garanties collectives

Période probatoire

65 journées de travail pour les employés embauchés au plus tard à la date d'entrée en vigueur

520 heures travaillées pour tous les autres employés

Frais couverts et maximums (par personne assurée)

Hôpital

- chambre semi-privée : Aucun plafond

Plan de médicaments génériques Manuscript 2

Médicaments sur ordonnance :

Médicaments anti-tabac : 300 \$ la vie durant

Tous les autres médicaments couverts : aucun plafond

Règlement : Régime de tiers payant

Services professionnels

Chiropraticien : 400 \$ par année(s) civile(s)

Ostéopathe : 400 \$ par année(s) civile(s)

Podiatre/Chiropodiste : 400 \$ par année(s) civile(s)

Massothérapeute : 400 \$ par année(s) civile(s)

Naturopathe/Diététiste : 400 \$ par année(s) civile(s)

Orthophoniste/Audiologiste : 400 \$ par année(s) civile(s)

Physiothérapeute/Thérapeute du sport : 400 \$ par année(s) civile(s)

Psychologue/Travailleur social : 400 \$ par année(s) civile(s)

Acupuncteur : 400 \$ par année(s) civile(s)

Soins de la vue

Examens de la vue : 50 \$ par 24 mois

Fournitures et services médicaux

Soins infirmiers privés : 10 000 \$ par année(s) civile(s)

Chaussures orthopédiques de série : 400 \$ par année(s) civile(s)

Orthèses fabriquées sur mesure : 400 \$ par 3 année(s) civile(s)

Orientation d'un patient à l'étranger pour un traitement médical offert au Canada : 3 000 \$ par 3 année(s) civile(s)

Aides auditives : 300 \$ par 1 année(s) civile(s)

Bas de soutien : 400 \$ par année civile

Tableau des garanties collectives

Soutiens-gorge post-mastectomie : 4 par année civile

Perruques et postiches : 300 \$ la vie durant

Autres fournitures et services médicaux : Aucun plafond

Navigateur Santé^{MC}

Site Web donnant accès aux ressources du Navigateur Santé

Centre d'assistance téléphonique aux utilisateurs

Service de deuxième avis médical

Services de coordination

Tableau des garanties collectives

Indemnité hebdomadaire/Invalidité de courte durée

Montant d'assurance

Employés de la catégorie AA

55 % de la rémunération hebdomadaire, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 \$, sous réserve d'un maximum égal au montant maximal prévu par l'assurance-emploi

Période d'attente

7 jours civils en cas d'accident; 7 jours civils en cas de maladie

Période d'indemnisation maximale

26 semaines

Le versement des prestations commencera après la période d'attente et se poursuivra jusqu'à la date où commencera en temps normal le versement des prestations d'assurance-emploi.

Aucune prestation ne sera versée pendant la période de quinze semaines au cours de laquelle des prestations d'assurance-emploi sont versées en temps normal, à moins que l'employé ne soit pas admissible aux prestations d'assurance-emploi parce qu'il ne répond pas aux exigences administratives. Après cette période, si l'invalidité de l'employé persiste, le versement des prestations recommencera et se poursuivra jusqu'à concurrence de la période maximale d'indemnisation.

La période maximale d'indemnisation englobe la période de quinze semaines au cours de laquelle des prestations d'assurance-emploi sont versées en temps normal.

Âge auquel l'employé n'a plus droit à l'assurance

l'âge au départ en retraite

Rémunération

la rémunération habituelle, y compris tout boni habituel, tout paiement pour heures supplémentaires habituelles et toute commission habituelle

Participation à l'assurance

obligatoire

Période probatoire

65 journées de travail pour les employés embauchés au plus tard à la date d'entrée en vigueur

520 heures travaillées pour tous les autres employés

Tableau des garanties collectives

Assurance contre l'invalidité de longue durée

Montant d'assurance

Employés de la catégorie AA

70 % de la rémunération mensuelle, le résultat étant arrondi au multiple supérieur de 1 \$, sous réserve de la prestation maximale de 5 000 \$

Indexation sur le coût de la vie

l'augmentation de l'indice des prix à la consommation ou 2 %, selon le moins élevé de ces pourcentages

Coordination RPC/RRQ

Rente de cotisant invalide seulement (RPC/RRQ) - réduction

Maximum sans preuve d'assurabilité

5 000 \$

Période d'attente

182 jours

Période d'indemnisation maximale

jusqu'au 65e anniversaire de naissance

Âge auquel l'employé n'a plus droit à l'assurance

65 ans moins la période d'attente ou, s'il est moins élevé, l'âge au départ en retraite

Rémunération

la rémunération habituelle, y compris tout boni habituel, tout paiement pour heures supplémentaires habituelles et toute commission habituelle

Participation à l'assurance

obligatoire

Période probatoire

65 journées de travail pour les employés embauchés au plus tard à la date d'entrée en vigueur

520 heures travaillées pour tous les autres employés

Définitions

Accident

Une situation ou un événement inattendu ou imprévu supposant une force externe entraînant une perte ou une blessure, indépendamment de toutes les autres causes.

Au travail d'une façon régulière et continue

Travaillant à plein temps au service du titulaire de la police d'assurance ou de toute compagnie associée indiquée au Tableau des garanties collectives, et ce au lieu de travail habituel de l'employé au Canada.

Un employé sera considéré au travail d'une façon régulière pendant les fins de semaine, les congés et ses vacances s'il a été au travail d'une façon régulière et continue durant son dernier jour de travail normal ou durant son dernier quart de travail prévu.

Observance thérapeutique

Utilisation des médicaments, des soins, des services et des fournitures prescrits de la façon recommandée et aux fins prévues.

Organisme consultatif

Experts externes approuvés par la Financière Manuvie qui peuvent fournir à la Financière Manuvie des recommandations fondées sur une évaluation pharmacoéconomique ou une analyse coût-efficacité.

Taux de remboursement (Coassurance)

Pourcentage des frais couverts payable par la Financière Manuvie.

Naissance

Délivrance d'un enfant vivant du corps de la mère.

Fluctuation de l'indice des prix à la consommation

Changement touchant l'indice des prix à la consommation pour le Canada, d'après les chiffres publiés par le gouvernement du Canada, pour la période de douze mois se terminant le 30 septembre de chaque année.

Dentiste

Un docteur en médecine dentaire légalement autorisé à pratiquer sur les lieux où sont fournis les services.

Personne à charge

Le conjoint ou un enfant de l'employé assuré au titre du régime provincial.

Définitions

- Conjoint

Le conjoint légitime, ou la personne qui réside continuellement avec l'employé(e) en tant qu'épouse ou époux.

Seul un conjoint sera admissible à l'assurance au titre du présent contrat. L'employé en indiquera le nom dans sa demande d'assurance. Dans le cas où la demande de l'employé ne comporte pas ces renseignements, le conjoint admissible sera la personne qui sera la dernière à répondre à la définition de « conjoint ».

- Enfant

L'enfant naturel ou adoptif ou le beau-fils ou la belle-fille (gendre ou bru exclus) de l'employé :

- a) qui n'est pas marié;
- b) qui n'est pas employé à plein temps;
- c) qui n'est pas admissible à l'assurance, à titre d'employé, en vertu du présent contrat ou de tout autre contrat collectif; et
- d) qui est âgé de moins de 21 ans, ou de moins de 26 ans s'il fréquente à plein temps une école, un collège ou une université reconnus.

Un nouveau-né est admissible à la couverture dès sa naissance.

L'enfant assuré en vertu du contrat qui est atteint d'incapacité en raison d'une invalidité physique ou mentale à la date où il atteint l'âge auquel il cesserait autrement d'être une personne à charge admissible, continuera d'être considéré comme une personne à charge admissible au titre du contrat.

L'enfant est considéré atteint d'incapacité s'il n'est pas à même d'exercer un emploi suffisamment rémunérateur et qu'en raison d'une invalidité physique ou mentale, il dépend de l'employé pour ses besoins et sa subsistance.

La Financière Manuvie peut exiger une preuve par écrit de l'état de santé de la personne à charge aussi souvent que cela s'avérera raisonnablement nécessaire.

Le beau-fils ou la belle-fille (gendre ou bru exclus) de l'employé doit vivre sous le même toit que ce dernier pour être une personne à charge admissible.

Invalidité, atteint d'invalidité ou invalide

État d'invalidité totale.

Programmes de gestion des maladies

Approche de la santé qui enseigne aux patients la façon de gérer une maladie chronique. Système de coordination des interventions et des communications liées aux soins de santé à l'intention des patients souffrant d'affections nécessitant des efforts considérables de leur part pour gérer leur maladie (autosoins).

Définitions

Médicament

Produit dont l'usage est approuvé par Santé Canada et auquel est attribué un code d'identification (DIN).

Diligence raisonnable

Processus utilisé par la Financière Manuvie pour évaluer de nouveaux médicaments, les nouvelles indications de médicaments existants, des soins, des services ou des fournitures dans le but de déterminer leur admissibilité au titre du contrat. Ce processus s'appuie sur les principes de la pharmacéconomie, sur les renseignements de référence des analyses coût-efficacité des listes de médicaments fédérales ou provinciales, sur les normes reconnues de pratique clinique ou sur les recommandations des organismes consultatifs.

Rémunération

Dans le cas d'une garantie ayant trait à la rémunération, la définition de rémunération est donnée au Tableau des garanties collectives. La rémunération peut aussi englober tout autre revenu sur lequel l'employeur et la Financière Manuvie se seront entendus par écrit et qui sera déclaré périodiquement à la Financière Manuvie par l'employeur.

Dans le cas d'un employé qui travaille à la commission, par rémunération on entend le taux de salaire fixe versé par l'employeur, y compris les commissions telles qu'indiquées sur les bordereaux T4-T4A de l'employé de l'année civile précédente. Dans le cas d'un employé au service de son employeur depuis moins d'un an, la rémunération englobera la moyenne du total des commissions versées au cours de la période de services pour le compte de l'employeur.

Les prestations auxquelles aura droit le salarié advenant une demande de règlement seront calculées selon le moindre des montants suivants :

- a) le revenu qu'il aura déclaré sur le formulaire de demande de règlement, ou
- b) le revenu que le titulaire de police aura déclaré à la Financière Manuvie et au titre duquel il aura versé des primes.

Employé

Une personne qui répond aux conditions suivantes :

- a) travailler à temps plein directement pour l'employeur et occuper un poste permanent
- b) recevoir une rémunération de l'employeur
- c) être domiciliée au Canada

Employeur

Le titulaire de police ou toutes compagnies associées ou affiliées figurant sur le Tableau des garanties collectives.

Définitions

Distributeurs exclusifs

Fournisseurs approuvés par la Financière Manuvie.

Méthode de traitement expérimentale

Méthode non reconnue comme étant efficace, appropriée et essentielle dans le cadre du traitement d'une blessure ou d'une maladie.

À plein temps

Un horaire normal de travail d'au moins 30 heures par semaine pendant 52 semaines par année, y compris les semaines de vacances rémunérées.

Hôpital

Établissement légalement constitué et autorisé dont le but principal est de fournir des soins et des traitements aux personnes qui y sont hospitalisées, et :

- a) qui a droit aux paiements versés au titre du régime provincial d'hospitalisation;
- b) qui possède les installations nécessaires au diagnostic, à la chirurgie majeure et à la réadaptation;
- c) qui fournit 24 heures par jour les services d'infirmiers(ières) diplômé(e)s et qui dispose des services d'un médecin de façon régulière;
- d) qui n'est pas principalement une maison de santé, une maison de repos ou un centre de soins et de traitement pour vieillards, aveugles ou sourds; et
- e) qui n'est pas principalement un centre de soins et de traitement pour alcooliques, toxicomanes ou malades mentaux, à moins qu'il ne s'agisse d'un établissement admissible à des subventions en vertu de l'assurance-hospitalisation de la province.

Aux fins du présent contrat, les pavillons pour malades chroniques d'un hôpital ne sont pas réputés faire partie de l'hôpital.

Proche parent

Une personne qui est :

- a) l'employé;
- b) le conjoint ou l'enfant de l'employé;
- c) le père ou la mère de l'employé ou de son conjoint; ou
- d) le frère ou la soeur de l'employé ou de son conjoint.

Mise à pied d'une durée indéterminée

Toute période de mise à pied de l'employé à l'égard de laquelle aucune date de rappel n'a été fixée.

Définitions

Médicament interchangeable

« Médicament interchangeable » s'entend entre autres de ce qui suit :

- a) tout produit générique équivalant au médicament de marque qui est jugé interchangeable selon la loi applicable dans la province où l'ordonnance est exécutée;
- b) un médicament qui contient le même ingrédient actif qui n'a pas été jugé interchangeable dans la province où l'ordonnance est exécutée, mais qui a été reconnu comme interchangeable par la Financière Manuvie.

Congé autorisé

Toute période d'absence du travail pour laquelle les dates sont fixées soit par la loi, soit aux termes d'une entente conclue entre l'employeur et l'employé. Les congés autorisés comprennent les congés de maternité et les congés parentaux.

Immatriculé, autorisé, diplômé

Le statut d'une personne légalement autorisée à exercer sa profession en vertu d'un permis ou d'un certificat délivré par l'autorité compétente à l'endroit où les services sont fournis.

Médicaments de soutien vital

Médicaments vendus sans ordonnance qui sont nécessaires au maintien de la vie.

Équivalent moins cher

Si au moins deux médicaments, ou deux types de fournitures, de soins ou de services peuvent donner des résultats semblables sur le plan thérapeutique, ou que les lignes directrices en matière de prescription indiquent que les médicaments, fournitures, soins ou services équivalents doivent être essayés en premier, l'équivalent moins cher sera remboursé.

Congé de maternité

La période officielle de congé de maternité à laquelle l'employée a droit en vertu des lois auxquelles l'employeur est assujéti ou toute période plus longue conforme aux pratiques habituelles de l'employeur.

Pour l'application du présent contrat, le congé de maternité sera réputé commencer à la plus rapprochée des dates suivantes :

- a) la date sur laquelle se sont entendus l'employeur et l'employée; et
- b) la date de la naissance de l'enfant.

Définitions

Nécessaire du point de vue médical

Accepté et reconnu par le corps médical canadien et la Financière Manuvie comme étant un traitement efficace, approprié et essentiel dans le cadre du traitement d'une maladie ou d'une blessure. Après avoir exercé une diligence raisonnable, la Financière Manuvie se réserve le droit de déterminer si le médicament, le soin, le service ou les fournitures sont couverts au titre du contrat.

Rémunération nette

Rémunération de l'employé, moins les retenues habituelles faites aux fins de l'impôt fédéral et provincial.

Maximum sans preuve d'assurabilité

Montant d'assurance au-dessus duquel une preuve d'assurabilité satisfaisante doit être présentée à la Financière Manuvie.

Congé parental

La période officielle de congé pour soins d'enfant prévue par la loi régissant l'employeur ou toute période plus longue accordée à l'employé suivant la politique normale de son employeur.

Programmes d'aide aux patients

Programme qui offre un service d'aide aux personnes assurées à qui des médicaments, des fournitures, des soins ou des services particuliers ont été prescrits. Les fabricants et les distributeurs peuvent offrir des programmes d'aide aux patients qui comprennent une aide financière, ainsi que des services d'information et de formation.

Pharmacoéconomie

Discipline scientifique qui évalue la valeur des médicaments pharmaceutiques, des services cliniques ou des fournitures. Cette discipline tient notamment compte des évaluations cliniques, de l'analyse des risques, de la valeur économique et des conséquences en matière de coût pour les régimes. Les études pharmacoéconomiques servent à guider la répartition optimale des ressources de soins de santé, d'une façon normalisée et basée sur des données scientifiques, selon les modalités fixées par la Financière Manuvie.

Médecin

Un docteur en médecine légalement autorisé à exercer la médecine sur les lieux où sont fournis les services.

Définitions

Autorisation préalable

Mécanisme de gestion des demandes de règlement qui s'applique à une liste définie de médicaments, de fournitures, de soins ou de services pour déterminer leur admissibilité selon des critères cliniques prédéfinis et une évaluation pharmacoéconomique ou une analyse coût-efficacité.

Régime antérieur

Contrat collectif antérieur qui couvrait la totalité ou certaines des personnes assurées au titre du présent contrat et qui a été résilié au cours des 31 jours précédant la date d'effet du présent contrat.

Régime provincial

Tout régime public prévoyant des prestations d'hospitalisation, médicales ou dentaires, établi par le gouvernement de la province ou du territoire où réside la personne assurée.

Période d'attente

Période continue d'invalidité totale, commençant le premier jour de l'invalidité totale, que l'employé doit accomplir pour avoir droit aux prestations. La période d'attente est précisée dans le Tableau des garanties collectives.

Frais raisonnables et habituels

le plus bas des montants suivants :

- a) le prix courant qui, selon la Financière Manuvie, est demandé pour un service ou un article identique ou comparable dans la région où les frais sont engagés;
- b) le montant figurant dans le barème des honoraires établi par l'association professionnelle pertinente; ou
- c) le prix maximal fixé par la loi.

Mise à pied temporaire

Toute période de mise à pied de l'employé à l'égard de laquelle une date de rappel a été fixée.

Programme de réadaptation (Réadaptation professionnelle)

Formation ou programme de placement visant à aider l'employé atteint d'invalidité à réintégrer son poste ou à se trouver un autre emploi rémunérateur.

Période probatoire

Toute période de travail effectif ininterrompue pour le compte de l'employeur, telle qu'indiquée au Tableau des garanties collectives, au terme de laquelle l'employé devient admissible aux garanties.

Définitions

Salle

Une chambre d'hôpital comptant trois lits ou plus, destinée à héberger les patients.

Admissibilité à l'assurance

Admissibilité à l'assurance

Employé

Un employé est admissible à l'assurance en vertu de cette police s'il

- a) est un membre d'une catégorie admissible à l'assurance, tel que précisé dans le Tableau des garanties collectives;
- b) n'a pas atteint l'âge auquel il n'a plus droit à l'assurance, tel que stipulé dans le Tableau des garanties collectives; et
- c) est un employé, tel que défini dans la présente police, depuis une période continue égale à la période probatoire indiquée dans le Tableau des garanties collectives.

Employés réembauchés

Lorsqu'un employé est réembauché au cours des 6 mois qui suivent la cessation de sa couverture au titre de la présente police en raison de la cessation de son emploi, il doit présenter une nouvelle demande d'assurance sans toutefois devoir accomplir une nouvelle période probatoire.

Personne à charge

Une personne qui est à la charge d'un employé et qui n'a pas atteint l'âge auquel elle n'a plus droit à l'assurance, devient admissible à l'assurance en même temps que l'employé. Toutefois, l'employé doit présenter une demande d'assurance pour lui-même afin que les personnes à sa charge soient admissibles à l'assurance. Une personne qui n'a pas atteint l'âge auquel elle n'a plus droit à l'assurance et qui devient à la charge d'un employé après que celui-ci soit devenu assuré est admissible à l'assurance à la date à laquelle elle devient à la charge de l'employé.

Montant d'assurance

Le montant d'assurance pour lequel une personne sera admissible en vertu de toute modalité d'assurance sera déterminé conformément au Tableau des garanties collectives.

Marche à suivre pour devenir assuré

Pour devenir assuré en vertu de cette police, un employé admissible devra faire une demande écrite au moyen des formules fournies par la Financière Manuvie. Il faut également faire la demande de l'assurance pour personnes à charge, au moyen des formules approuvées par la Financière Manuvie.

Preuves d'assurabilité

Des preuves d'assurabilité sont requises pour tous les montants d'assurance qui dépassent tout maximum sans preuve d'assurabilité qui est stipulé dans le Tableau des garanties collectives. La Financière Manuvie assumera les frais engagés pour l'obtention de ces preuves.

Admissibilité à l'assurance

Autres preuves d'assurabilité

Pour toutes les garanties, en cas d'adhésion tardive, l'employé doit joindre à sa demande une preuve d'assurabilité pour lui-même ou pour toute autre personne.

Dans ces circonstances, l'employé prendra à sa charge les frais engagés pour l'obtention des preuves exigées par la Financière Manuvie.

Adhésion tardive

Dans le cas des garanties dont l'adhésion est non obligatoire, la demande est considérée comme tardive dans les cas suivants :

- a) l'employé demande l'assurance pour toute personne à l'expiration de la période d'admissibilité de 31 jours; ou
- b) l'employé demande à nouveau l'assurance pour toute personne dont l'assurance avait été annulée auparavant.

Dans le cas de toutes les garanties (adhésion obligatoire ou non), l'adhésion est considérée comme tardive lorsque l'employé a renoncé à la couverture au titre du présent contrat parce qu'il bénéficiait d'une couverture similaire au titre du régime de son conjoint, et qu'il :

- a) demande l'assurance plus de 31 jours après la cessation de sa couverture au titre du régime de son conjoint; ou
- b) demande l'assurance pendant que la couverture au titre du régime de son conjoint est toujours en vigueur.

Date d'entrée en vigueur de l'assurance

Date d'entrée en vigueur de l'assurance

Une fois qu'une demande d'assurance pour l'employé ou pour des personnes à charge a été remplie, cette assurance entrera en vigueur à la date indiquée ci-dessous, pourvu que l'employé soit alors au travail d'une façon régulière et continue :

- a) en ce qui concerne toute assurance qui n'exige pas de preuves d'assurabilité, la date à laquelle l'employé ou la personne à charge devient admissible à cette assurance; et
- b) en ce qui concerne toute assurance qui exige des preuves d'assurabilité, la date à laquelle ces preuves sont approuvées par la Financière Manuvie.

Si l'employé n'est pas au travail d'une façon régulière et continue à la date à laquelle l'assurance entrerait normalement en vigueur, cette assurance entrera en vigueur à la date à laquelle il sera de nouveau au travail d'une façon régulière et continue.

Tout employé qui n'est pas au travail d'une façon régulière et continue à la date d'entrée en vigueur de la police, peut être quand même admissible à l'assurance en vertu de cette police par suite d'un transfert de l'assurance prévue par le régime antérieur.

L'assurance des personnes à charge n'entrera pas en vigueur avant la date d'effet de l'assurance de l'employé.

Augmentation du montant d'assurance

Une augmentation du montant d'assurance pour un employé ou une personne à charge prendra effet à la date précisée ci-dessous, pourvu que l'employé soit alors au travail d'une façon régulière et continue :

- a) si des preuves d'assurabilité ne sont pas requises, la date d'entrée en vigueur de l'augmentation du montant d'assurance, telle que stipulée dans le Tableau des garanties collectives; et
- b) si des preuves d'assurabilité sont requises, la date à laquelle ces preuves sont approuvées par la Financière Manuvie.

Si un employé n'est pas au travail d'une façon régulière et continue à la date à laquelle une augmentation entrerait normalement en vigueur, cette augmentation d'assurance entrera en vigueur à la date à laquelle il sera de nouveau au travail d'une façon régulière et continue.

Réduction du montant d'assurance

Une réduction du montant d'assurance pour lequel une personne est assurée prendra effet lorsque la personne deviendra admissible pour la première fois au montant réduit.

Transfert de l'assurance prévue par le régime antérieur

Cette section s'applique lorsque le présent régime remplace un régime antérieur.

Concessions accordées

La Financière Manuvie fait les concessions suivantes aux personnes qui étaient assurées en vertu du régime antérieur lors de son annulation :

- a) Assurance prévue pour les employés qui ne sont pas au travail d'une façon régulière et continue;
- b) Transfert de l'assurance pour les états de santé préexistants; et

Ces concessions sont décrites ci-dessous.

Transfert de l'assurance

Tout employé qui n'est pas au travail d'une façon régulière et continue à la date d'entrée en vigueur de la présente police est admissible en vertu de cette police s'il remplit ces deux conditions :

- Admissibilité

- a) il était assuré en vertu du régime antérieur lors de son annulation, et
- b) il serait admissible à l'assurance en vertu de cette police s'il était au travail d'une façon régulière et continue à la date d'entrée en vigueur de cette police.

- Montant d'assurance transféré

Tout employé qui remplit les conditions précitées sera admissible, en vertu de cette police, au moins élevé des deux montants suivants :

- a) le montant d'assurance pour lequel il était assuré en vertu du régime antérieur lors de son annulation; et
- b) le montant d'assurance pour lequel il serait admissible en vertu de cette police s'il était au travail d'une façon régulière et continue à la date d'entrée en vigueur de cette police.

- Date d'effet du transfert

L'assurance décrite ci-dessus entrera en vigueur à celle des deux dates suivantes qui surviendra la dernière:

- a) la date à laquelle l'assurance prévue par le régime antérieur prendrait fin si la présente clause n'existait pas; et
- b) la date d'entrée en vigueur de cette police.

Assurance pour les états de santé préexistants

Si le régime précédent ne comportait aucune restriction quant aux états de santé préexistants, la restriction qui se trouve à la section Assurance contre l'invalidité de longue durée de la présente police ne s'appliquera pas aux employés couverts par la disposition touchant le transfert de l'assurance.

Transfert de l'assurance prévue par le régime antérieur

Si le régime précédent comportait une restriction quant aux états de santé préexistants, pour déterminer si la restriction s'appliquera en vertu de la présente police, il sera tenu compte de la période pendant laquelle l'Assurance contre l'invalidité de longue durée était en vigueur au titre du régime précédent.

Cessation de l'assurance

Cessation de l'assurance pour l'employé

L'assurance d'un employé prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- a) la date où l'employé ne répond plus à la définition d'employé;
- b) la date où l'employé cesse d'être au travail de façon régulière et continue;
- c) la date où l'employeur met fin à la couverture de l'employé;
- d) la date de l'entrée à temps plein de l'employé dans les forces armées de tout pays;
- e) la date de résiliation du contrat ou de cessation de l'assurance de la catégorie à laquelle appartient l'employé;
- f) la date où l'employé atteint l'âge auquel il n'a plus droit à l'assurance prévue par le Tableau des garanties collectives; ou
- g) la date du décès de l'employé.

Exceptions en ce qui concerne les cessations d'emploi

Si un employé cesse d'être au travail de façon régulière et continue, son assurance prend normalement fin conformément à la clause Cessation de l'assurance pour l'employé. Toutefois, la Financière Manuvie renoncera à cette règle et maintiendra l'assurance en vigueur dans les circonstances énoncées ci-dessous. L'assurance d'un employé sera maintenue en vigueur pour autant que cela ne porte pas préjudice à un autre employé.

Maladie ou blessure

Lorsque l'employé cesse d'être au travail de façon régulière et continue par suite d'une maladie ou d'une blessure, toutes les garanties d'assurance demeureront en vigueur, jusqu'à ce que le titulaire de la police y mette fin.

Congé de maternité, congé parental ou autres congés prescrits par la loi

Si l'employé cesse de travailler de façon régulière et continue pour prendre un congé de maternité, un congé parental ou un autre congé prescrit par la loi, toutes les garanties d'assurance peuvent être maintenues en vigueur pendant la période de congé à laquelle l'employé a droit conformément aux lois auxquelles l'employeur est assujéti.

Dans les territoires de compétence où le maintien de l'assurance est prescrit par la loi, une copie de l'avis rédigé et signé par l'employé visant la suspension du versement de toute cotisation obligatoire doit aussi accompagner la demande de cessation.

Autres congés autorisés ou mise à pied temporaire

Si l'employé cesse de travailler de façon régulière et continue pour prendre un congé autre qu'un congé de maternité ou un congé parental, ou parce qu'il est mis à pied temporairement, toutes les garanties d'assurance peuvent être maintenues en vigueur, jusqu'à ce que le titulaire de police y mette fin, pendant un maximum de 120 jours à partir du dernier jour de travail de façon régulière et continue de l'employé, peu importe les circonstances.

Cessation de l'assurance

Grève ou mise à pied indéterminée

Si l'employé cesse de travailler de façon régulière et continue pour une grève ou mise à pied indéterminée, toutes les garanties d'assurance, peuvent être maintenues en vigueur pendant la période de congé à laquelle l'employé a droit conformément aux lois auxquelles l'employeur est assujéti. Même si l'assurance doit être maintenue en vigueur, toute garantie en cas d'invalidité prévue par la police prend fin au moment où l'employé cesse de travailler de façon régulière et continue.

Garantie en cas d'invalidité pendant un congé autorisé ou une mise à pied temporaire

Si, pendant que l'employé est assuré en vertu de cette police, l'employé devient invalide à partir de la date à laquelle commence le congé autorisé ou la mise à pied temporaire, la période d'attente exigée avant le versement des prestations d'invalidité commencera à la date du début de l'invalidité. Le versement des prestations commencera à la plus éloignée des dates suivantes :

- a) la date à laquelle la période d'attente aura pris fin; ou
- b) la date à laquelle l'employé est censé reprendre le travail.

Continuation d'une modalité d'assurance tel que stipulé par la loi

Si la loi stipule que les modalités d'assurance souscrites par l'employé doivent continuer pendant une période de temps limitée après que l'employé cesse d'être au service de l'employeur, la Financière Manuvie continuera à accorder l'assurance prévue par chaque modalité d'assurance pendant la période minimale exigée en vertu de la loi, pourvu que :

- a) le titulaire de police continue de régler les primes de l'assurance pour l'employé et les personnes à sa charge;
- b) la police demeure en vigueur.

Cessation de l'assurance pour des personnes à charge

L'assurance d'une personne à la charge d'un employé prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- a) la date où l'assurance de l'employé prend fin;
- b) la date où la personne à charge cesse d'être admissible à l'assurance au titre des dispositions de la police;
- c) la date de réception d'un avis écrit de l'employé demandant d'annuler la couverture des personnes à charge parce qu'elles sont déjà assurées en vertu d'un autre régime d'assurance offrant des garanties similaires à celles de la présente police; ou
- d) la date à laquelle toute cotisation obligatoire demeure impayée bien qu'exigible.

La garantie

Si une personne décède pendant qu'elle est assurée en vertu de cette modalité d'assurance, la Financière Manuvie paiera le montant d'assurance vie en vigueur sur la tête de cette personne en vertu de cette police à son décès.

Options de règlement

La somme globale payable au décès d'un employé peut être affectée à la constitution de n'importe quel genre de rente alors offerte par la Financière Manuvie.

Qui peut choisir une option?

L'employé assuré peut choisir le genre de rente qui doit être constituée lors de son décès. Si l'employé assuré ne choisit pas de rente, le bénéficiaire pourra le faire à sa place lorsque le montant d'assurance deviendra payable.

Exonération de primes

Si un employé âgé de moins de 65 ans devient totalement invalide en cours de garantie, la Financière Manuvie accordera l'exonération de primes nécessaires au maintien de l'assurance vie de cet employé et des personnes à sa charge, s'il répond aux critères d'admissibilité.

Définition des expressions « invalidité totale », « atteint d'invalidité totale » ou « totalement invalide »

Empêchement ou incapacité de l'employé, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de :

- a) son emploi habituel au cours de la période d'attente et des 24 mois qui la suivent; et
- b) tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que l'employé possède ou pourrait raisonnablement acquérir, après la période de 24 mois précisée ci-dessus.

La Financière Manuvie ne tient pas compte des possibilités d'emploi lors de l'évaluation de l'invalidité.

L'employé qui doit avoir un permis de l'État pour pouvoir accomplir son travail n'est pas considéré comme invalide du seul fait que ce permis lui est retiré ou n'est pas renouvelé.

Critères d'admissibilité

La Financière Manuvie déterminera l'admissibilité de l'employé à l'exonération de primes en fonction des critères suivants :

- a) l'employé a été totalement invalide de façon ininterrompue pendant la période d'attente. Si l'employé cesse d'être totalement invalide durant cette période mais le redevient dans les trois semaines en raison de la même blessure ou maladie ou d'une blessure ou maladie analogue, la période d'attente sera prolongée du nombre de jours pendant lesquels l'employé n'était pas totalement invalide.

Assurance vie

- b) la Financière Manuvie reçoit des attestations médicales confirmant l'empêchement ou incapacité de l'employé, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de :
 - i) son emploi habituel au cours de la période d'attente et des 24 mois qui la suivent; et
 - ii) tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que l'employé possède ou pourrait raisonnablement acquérir, après la période de 24 mois précisée ci-dessus.
- c) L'employé est suivi par un médecin et reçoit les soins et les traitements appropriés, compte tenu de son invalidité, selon la Financière Manuvie.

En tout temps, la Financière Manuvie se réserve le droit de demander à l'employé de subir un examen médical, psychiatrique, psychologique, fonctionnel et/ou une évaluation pédagogique ou professionnelle par un spécialiste désigné par la Financière Manuvie.

Cessation de l'exonération de primes

L'exonération de primes prend fin dès que se réalise l'une des éventualités suivantes :

- a) la date à laquelle l'employé ne répond plus à la définition d'invalidité de la garantie.
- b) le jour où l'employé néglige de fournir à la Financière Manuvie les attestations médicales appropriées confirmant son empêchement ou son incapacité, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de :
 - i) son emploi habituel au cours de la période d'attente et des 24 mois qui la suivent; et
 - ii) tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que l'employé possède ou pourrait raisonnablement acquérir, après la période de 24 mois précisée ci-dessus.
- c) la date à laquelle l'employé n'est pas suivi par un médecin et ne reçoit pas les soins et les traitements appropriés, compte tenu de son invalidité, selon la Financière Manuvie.
- d) le jour où l'employé refuse de subir un examen médical, psychiatrique, psychologique, fonctionnel et/ou une évaluation pédagogique ou professionnelle par un spécialiste désigné par la Financière Manuvie.
- e) la date à laquelle l'employé atteint l'âge limite prévue au Tableau des garanties collectives pour l'exonération de primes.
- f) la date du décès de l'employé.

Invalidité récidivante

Lorsqu'un employé est de nouveau atteint d'invalidité totale au cours des 6 mois suivant la cessation de l'exonération de primes, et que son invalidité est attribuable aux mêmes causes ou à des causes analogues à celles qui avaient ouvert droit à l'exonération de primes au titre de la présente garantie, il n'est pas tenu d'accomplir une période d'attente.

Dans un tel cas, toute récidive sera considérée comme une prolongation de la même invalidité. Le montant d'assurance de l'employé dont les primes faisaient l'objet d'une exonération sera rétabli.

Assurance vie

Si l'employé est de nouveau atteint de la même invalidité plus de 6 mois suivant la cessation du versement des prestations, cette invalidité sera considérée comme une invalidité distincte.

Deux invalidités attribuables à des causes non connexes sont considérées comme des invalidités distinctes si un intervalle d'au moins une journée de travail les sépare.

Début de l'exonération

Si l'exonération de primes est approuvée, celle-ci commencera à la date d'échéance de la prime qui suit la date d'expiration de la période d'attente ou qui coïncide avec cette date.

Continuation de la protection d'assurance vie

Pendant la période d'exonération de primes, l'assurance vie en vigueur sur la tête de l'employé et des personnes à sa charge en vertu de cette police, reste en vigueur. Le montant de l'assurance vie correspondra au montant d'assurance en vigueur à la date de l'invalidité sous réserve de toute disposition concernant la réduction ou l'annulation de l'assurance à cause de l'âge, qui est stipulée dans la police à la date précitée. La continuation de cette protection n'est pas touchée par la cessation d'emploi ou l'annulation de cette police à une date ultérieure.

Transformation à la cessation de l'exonération

Si, à la cessation de l'exonération de primes, un employé n'est pas admissible à l'assurance vie en vertu de cette police, cet employé et son conjoint pourront exercer le droit de transformation prévu par cette modalité d'assurance.

Droit de transformation

Si l'assurance vie prévue par cette modalité d'assurance sur la tête d'un employé ou de son conjoint prend fin ou fait l'objet d'une réduction, cette assurance peut être transformée en totalité ou en partie en assurance individuelle, sous réserve des conditions ci-après.

- Conditions à remplir

La personne assurée peut souscrire une police d'assurance individuelle à condition de :

- a) les demandes de transformation doivent être reçues par la Financière Manuvie dans les 31 jours qui suivront l'annulation ou la réduction de l'assurance sous le contrat collectif; et
- b) la première prime doit être jointe à la demande de transformation.

- Montant maximal

Le montant maximal pouvant être transformé est le moins élevé des deux montants suivants :

- a) 200 000 \$ ou
- b) le montant d'assurance qui a pris fin, moins le montant remplacé par tout autre contrat collectif dans les 31 jours qui suivront l'annulation de l'assurance.

Assurance vie

Le montant maximal s'entend de tous les montants d'assurance vie dont l'employé bénéficie auprès de la Financière Manuvie.

Combinaison d'assurance

La police d'assurance individuelle peut être :

- a) une assurance temporaire non transformable jusqu'à l'âge de 65 ans; ou
- b) un contrat d'assurance permanente que la Financière Manuvie offre au public au moment de la transformation; ou
- c) une assurance temporaire non renouvelable d'un an pouvant être échangée, pendant qu'elle est en vigueur, contre une des combinaisons d'assurance décrites ci-dessus.

Établissement de la police d'assurance individuelle

La Financière Manuvie appliquera les règles suivantes au moment de l'établissement de la police d'assurance individuelle :

- a) aucune preuve d'assurabilité ne sera exigée;
- b) la prime sera calculée d'après le taux de prime standard de la Financière Manuvie en vigueur à cette date et tiendra compte du régime d'assurance, du montant d'assurance, du sexe et de l'âge de la personne;
- c) aucune clause d'exonération du paiement de la prime et aucune assurance contre la perte accidentelle de la vie et de membres ne seront incluses;
- d) la police d'assurance individuelle entrera en vigueur le 32^e jour qui suit la date d'annulation de l'assurance collective qui est applicable à la présente modalité d'assurance; et
- e) si la personne décide de transformer un montant moins élevé que celui auquel elle avait droit, le montant de la police d'assurance individuelle ne peut être inférieur au minimum que la Financière Manuvie exige à ce moment pour l'établissement de la police.

Mort survenant durant la période de transformation

Si la personne meurt dans les 31 jours suivant la date où prend fin son assurance, la Financière Manuvie paiera le montant maximal que la personne avait le droit de transformer. Ce montant est payable même si la personne n'avait pas fait la demande de transformation de son assurance. Si la personne avait souscrit une police d'assurance individuelle, toute prime acquittée serait remboursée.

Admissibilité subséquente

Si une personne obtient une police d'assurance individuelle en vertu de ce droit de transformation et, par la suite, devient admissible à l'assurance en vertu de ce contrat collectif, le montant auquel elle est admissible sera réduit par le montant d'assurance demeurant en vigueur en vertu de la nouvelle police d'assurance individuelle.

Droit de transformation pour les personnes domiciliées au Québec

Veuillez consulter l'Addenda (Québec) - Droit de transformation relatif à l'assurance vie des personnes assurées qui sont domiciliées au Québec figurant dans la présente police pour obtenir des précisions sur l'administration du droit de transformation pour les personnes domiciliées au Québec.

Assurance complémentaire de frais de soins médicaux

La garantie

La Financière Manuvie versera le pourcentage payable de tous les frais couverts qui sont engagés pour les soins d'une personne assurée.

Le montant payable est assujéti à tout maximum précisé dans le Tableau des garanties collectives et dans la section des frais couverts ci-dessous. Les maximums viagers s'appliquent à toutes les périodes combinées pendant lesquelles la personne assurée est couverte par la Financière Manuvie.

Les sommes prises en compte dans le calcul de la prestation maximale

Les sommes prises en compte dans le calcul de la prestation maximale correspondent aux sommes versées par la Financière Manuvie après l'application de la franchise, du taux de remboursement et des autres dispositions du contrat.

Frais couverts

Les frais indiqués ci-dessous sont couverts s'ils sont:

- a) jugés nécessaires au traitement médical d'une maladie ou d'une blessure d'une personne assurée et recommandés par un médecin; et
- b) engagés pour les soins d'une personne pendant qu'elle est assurée par cette garantie; et
- c) raisonnables, compte tenu de tous les facteurs; et
- d) liés à des médicaments, des fournitures, des soins ou des services reçus selon l'usage prescrit ou recommandés par un médecin; et
- e) validés par le processus de diligence raisonnable de la Financière Manuvie et par la décision de la Financière Manuvie de les ajouter aux frais couverts, comme indiqué au titulaire du contrat, s'il y a lieu.

Remarque : Le terme maladie comme il est employé ci-dessus ne comprend pas la stérilité.

Ces frais sont couverts dans la mesure où :

- a) ils sont raisonnables et habituels, selon la Financière Manuvie; et
- b) ils ne sont pas couverts au titre du régime provincial ou de tout autre régime d'État; et
- c) ils peuvent être légalement assurés; et
- d) ils sont associés à toute fourniture ou à tout médicament, service ou soin assujéti au processus de diligence raisonnable, que le processus ait été effectué et que la fourniture, le médicament, le soin ou le service soit admissible au titre du contrat en date de l'approbation, selon les modalités fixées par la Financière Manuvie et comme indiqué au titulaire du contrat, s'il y a lieu.

Toutes les indemnités prévues par l'Assurance complémentaire de frais de soins médicaux sont payées tout comme si la personne était assurée en vertu du régime provincial.

Assurance complémentaire de frais de soins médicaux

Dans le cas où les soins, les services, les traitements et les fournitures cessent d'être couverts, en tout ou en partie, par un régime provincial, un programme ou un régime public ou encore un programme prévu par la loi, les frais qui ne sont plus couverts par le régime ou le programme en question ne seront pas remboursables d'office au titre du présent contrat. Au moment du changement, une évaluation sera faite en vue de déterminer si les frais sont remboursables.

Le présent contrat ne prend pas automatiquement en charge l'ensemble des médicaments, des soins, des services et des fournitures. Les nouveaux médicaments, les nouvelles indications de médicaments existants, les soins, les services et les fournitures sont passés en revue par la Financière Manuvie conformément au processus de diligence raisonnable. À la fin du processus, la Financière Manuvie prend l'une des décisions suivantes : couvrir, couvrir en utilisant des critères d'autorisation préalable, exclure ou appliquer des plafonds de remboursement.

La Financière Manuvie tient à jour une liste de médicaments, de soins, de services et de fournitures qui nécessitent une autorisation préalable. L'autorisation préalable vise à vérifier si le traitement prescrit est nécessaire du point de vue médical. Lorsqu'il existe un traitement équivalent moins cher ou que les lignes directrices en matière de prescription indiquent que les médicaments équivalents doivent être essayés en premier, la personne devra d'abord essayer le traitement équivalent, à moins qu'il n'y ait une contre-indication médicale au traitement équivalent.

Si elle le juge approprié, la Financière Manuvie demandera au médecin des renseignements médicaux, des résultats de test ou d'autres documents pour déterminer l'admissibilité du médicament, du soin, du service ou des fournitures.

S'il y a lieu, la Financière Manuvie peut vérifier si les personnes assurées font appel aux réseaux de distribution exclusifs de la Financière Manuvie pour l'achat de médicaments, de soins, de services ou de fournitures. La Financière Manuvie peut refuser de rembourser les frais de médicaments, de soins, de services ou de fournitures obtenus d'un fournisseur ne faisant pas partie du réseau de distribution exclusif.

Observance thérapeutique

La non-observance thérapeutique peut faire en sorte que les médicaments, les soins, les services ou les fournitures n'ouvrent plus droit à un remboursement.

Programmes d'aide aux patients

La Financière Manuvie peut exiger qu'une personne assurée s'inscrive et participe à tout programme d'aide aux patients auquel elle est admissible. La Financière Manuvie se réserve le droit de déduire des frais remboursables le montant de l'aide financière à laquelle la personne assurée a droit dans le cadre d'un programme d'aide aux patients.

Programmes de gestion des maladies

La participation à un programme de gestion des maladies peut être exigée. La décision relative à l'obligation de participer au programme revient à la Financière Manuvie.

Assurance complémentaire de frais de soins médicaux

Provision maximale

Le remboursement de fournitures qui sont couvertes au titre de la présente garantie et qu'on peut se procurer en grandes quantités, sera limité à un approvisionnement de 3 mois au maximum par achat, sauf dans le cas des frais engagés pour des médicaments couverts.

- Frais de médicaments

La quantité maximum de médicaments couverte au titre de la garantie sera la plus petite des quantités suivantes :

- a) la quantité de médicaments prescrite par le médecin ou le dentiste ou
- b) la quantité de médicaments devant être utilisée pendant 34 jours .

Une quantité de médicaments suffisante pour une période pouvant aller jusqu'à 100 jours pourra être couverte dans le cas d'un traitement de longue durée, si le médecin et le pharmacien jugent qu'il convient de prescrire une plus grande quantité de médicaments.

Services hospitaliers au Canada

- Soins hospitaliers

Frais quotidiens d'hospitalisation qui dépassent les frais du tarif de salle ordinaire jusqu'à concurrence du maximum prévu pour l'hôpital dans le Tableau des garanties collectives à condition que :

- a) la personne soit hospitalisée; et
- b) le type de chambre a été expressément choisi par écrit par la personne couverte.

- Frais non couverts

La partie des frais de séjour en salle ou des frais modérateurs facturée au patient par l'hôpital (ou des frais similaires).

Plan de médicaments génériques Manuscript 2 - Médicaments sur ordonnance

Les frais indiqués ci-dessous seront couverts s'ils sont engagés sur l'ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste et si les produits sont délivrés par un pharmacien autorisé, sous réserve de la prestation maximale indiquée dans le Tableau des garanties.

- Médicaments pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure

Frais engagés pour tout médicament qui, d'après la loi ou par convention, ne peut pas être délivré sans l'ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste (les frais engagés pour les médicaments contre la stérilité ne sont pas couverts).

Frais engagés pour des médicaments essentiels au maintien de la vie.

Frais engagés pour des médicaments injectables (les frais demandés par un professionnel de la santé ou un médecin pour l'administration de médicaments injectables ne sont pas couverts).

Assurance complémentaire de frais de soins médicaux

Les frais engagés pour médicaments, produits biologiques et préparations similaires qui sont administrés à l'hôpital à un patient hospitalisé ou en consultation externe ne sont pas couverts.

Les frais engagés pour médicaments jugés inadmissibles à la suite du processus de diligence raisonnable ne sont pas couverts.

Les frais engagés pour médicaments pour le traitement des dysfonctions sexuelles ne sont pas couverts.

- Médicaments prescrits dans le cadre d'un traitement préventif

Frais de contraceptifs oraux.

Frais de vaccins et de médicaments préventifs (par voie orale ou injection).

- Fournitures pour le traitement du diabète

Frais d'aides diagnostiques, d'aiguilles et de seringues ordinaires nécessaires pour le traitement du diabète (les frais pour les tampons d'ouate, l'alcool à friction, les injecteurs automatiques à pression et autres appareils semblables ne sont pas couverts).

- Prestation payable

Le coût du médicament équivalent moins cher qui peut être légalement utilisé pour exécuter l'ordonnance, selon la liste des médicaments couverts par le régime provincial ou un équivalent moins cher qui donne des résultats semblables sur le plan thérapeutique reconnu par la Financière Manuvie.

La Financière Manuvie peut limiter les frais remboursables au coût d'un médicament interchangeable moins cher au moment de l'achat du médicament.

Lorsqu'il n'existe aucun médicament équivalent moins cher pouvant être utilisé à la place du médicament prescrit, le montant des frais remboursables est égal au coût du médicament prescrit.

La prestation payable est assujettie à la franchise relative aux médicaments, au plafond des frais d'exécution d'ordonnance, au pourcentage de remboursement des frais de médicaments et, s'il y a lieu, au maximum qui figurent dans le Tableau des garanties collectives.

- Médicaments sur ordonnance - Aucune substitution

Lorsque le médecin ou le dentiste indique sur l'ordonnance que le médicament prescrit ne doit pas être remplacé par un autre produit, le remboursement maximal correspond au prix du médicament équivalent moins cher qui peut être légalement utilisé pour exécuter l'ordonnance, selon la liste des médicaments couverts par le régime provincial ou un équivalent moins cher qui donne des résultats semblables sur le plan thérapeutique reconnu par la Financière Manuvie.

Lorsqu'il n'existe aucun médicament équivalent moins cher pouvant être utilisé à la place du médicament prescrit, le montant des frais remboursables est égal au coût du médicament prescrit.

Assurance complémentaire de frais de soins médicaux

Le remboursement au coût du médicament prescrit pour lequel il existe un équivalent moins cher ne peut être pris en considération que si le médecin traitant fournit des renseignements médicaux indiquant les raisons pour lesquelles le médicament équivalent moins cher n'est pas toléré ou est inefficace.

La prestation payable est assujettie à la franchise relative aux médicaments, au plafond des frais d'exécution d'ordonnance, au pourcentage de remboursement des frais de médicaments et, s'il y a lieu, au maximum qui figurent dans le Tableau des garanties collectives.

- Paiement direct au pharmacien

La Financière Manuvie fournira une carte-médicaments à chaque employé couvert par cette assurance. Cette carte sera acceptée par les pharmaciens participants qui affichent la vignette pertinente ayant trait au paiement direct de produits pharmaceutiques.

Pour obtenir les médicaments ou les fournitures qui lui ont été prescrits, l'employé doit :

- a) présenter sa carte-médicaments au pharmacien et
- b) acquitter la partie des frais qui n'est pas remboursable au titre de la présente garantie.

Le remboursement des frais de médicaments couverts sera fait directement au pharmacien. Les frais engagés pour des médicaments sur ordonnance couverts et achetés sans la carte-médicaments seront remboursés directement à l'employé.

Soins de la vue

Les frais pour les soins de la vue, y compris les réfractions, rendus par un ophtalmologiste, un optométriste ou un oculiste, jusqu'à concurrence du maximum indiqué dans le Tableau des garanties collectives pour les examens de la vue.

Services professionnels

Les services d'un chiropraticien, ostéopathe, podiatre/chiropradiste, massothérapeute, naturopathe/diététiste, orthophoniste/audiologiste, physiothérapeute/thérapeute du sport, acupuncteur, et d'un psychologue/travailleur social autorisés, jusqu'au maximum indiqué au Tableau des garanties collectives.

La recommandation d'un médecin n'est pas exigée pour les services professionnels.

Certains de ces services professionnels sont payés en partie par les régimes provinciaux. La législation provinciale peut exiger que le plafond prévu par le régime provincial ait été payé avant qu'une assurance ne soit applicable au solde impayé. Dans les provinces où c'est le cas, les sommes prévues par la présente garantie sont payables une fois que le maximum annuel prévu par le régime provincial a été versé.

Fournitures et services médicaux

Dans le cas des fournitures et du matériel remboursables au titre de la présente garantie, les frais remboursables sont limités au coût de l'appareil ou de l'article qui répond adéquatement aux besoins médicaux fondamentaux du patient.

Assurance complémentaire de frais de soins médicaux

- Soins infirmiers privés

Les soins relevant de la compétence d'un(e) infirmier(ière) et dispensés au domicile du patient par :

- a) un(e) infirmier(ière) autorisé(e); ou
- b) un(e) infirmier(ière) auxiliaire (ou toute autre désignation équivalente) qui a complété un programme de formation reconnu en médication.

Les frais sont remboursables, sous réserve du maximum indiqué au Tableau des garanties collectives.

Les frais engagés pour les soins suivants ne sont pas couverts :

- a) soins de garde, travaux ménagers ou services de surveillance;
- b) soins donnés par un(e) infirmier(ière) qui est un proche parent ou qui vit sous le même toit que le patient;
- c) soins donnés pendant que le patient séjourne dans un hôpital, une maison de repos ou autre établissement semblable; et
- d) soins pouvant être donnés par une personne n'ayant pas les compétences requises, par un parent, un ami du patient ou une personne vivant sous le même toit que lui.

La Financière Manuvie suggère qu'on lui soumette un plan de traitement détaillé, y compris une évaluation des coûts, avant que ne commencent les soins infirmiers privés. La Financière Manuvie avisera ensuite l'employé des indemnités qui seront accordées.

- Location d'un appareil médical d'importance

Location ou achat, si la Financière Manuvie le permet, de ce qui suit :

- a) Matériel de mobilité : béquilles, cannes, ambulateurs et fauteuils roulants; et
- b) Équipement médical durable : lit d'hôpital, respirateur et appareil pour l'administration de l'oxygène et autres appareils médicaux que l'on ne retrouve habituellement que dans les hôpitaux.

- Prothèses non dentaires, supports et aides auditives

Prothèses externes.

Attelles (sauf les attelles podologiques), bandages herniaires, colliers, orthèses de la jambe, plâtres et éclisses.

Les frais suivants engagés sur recommandation du médecin ou du podiatre :

- a) chaussures orthopédiques de série; et
- b) modifications ou ajustements apportés à des chaussures orthopédiques de série ou à des chaussures ordinaires.

Les frais sont remboursables sous réserve du maximum indiqué au Tableau des garanties collectives pour les chaussures orthopédiques de série.

Assurance complémentaire de frais de soins médicaux

Frais engagés pour des chaussures fabriquées sur mesure, à raison d'une paire par année civile, à condition que les chaussures soient :

- a) fabriquées par un spécialiste autorisé en chaussures orthopédiques; et
- b) nécessaires en raison d'une anomalie physiologique qui, selon les preuves médicales, ne peut être corrigée par des chaussures orthopédiques de série ni des chaussures orthopédiques de série modifiées.

Frais engagés pour des orthèses moulées et fabriquées sur mesure, sur la recommandation du médecin ou du podiatre, sous réserve du maximum indiqué au Tableau des garanties collectives pour les orthèses fabriquées sur mesure.

Les frais engagés pour l'achat, la mise en place, la réparation et l'entretien de toute aide auditive (y compris l'achat de piles) jusqu'à concurrence du maximum prévu au Tableau des garanties collectives pour les aides auditives.

Bas de soutien jusqu'à concurrence du maximum prévu au Tableau des garanties collectives pour les bas de soutien.

Soutiens-gorge post-mastectomie jusqu'à concurrence du maximum prévu au Tableau des garanties collectives pour les soutiens-gorge post-mastectomie.

- Autres fournitures

Frais de fournitures requises par suite d'une iléostomie ou d'une colostomie ou pour les raisons d'incontinence.

Frais de l'oxygène.

Le coût de pansements médicamenteux et de vêtements pour brûlés.

Le coût de perruques et prothèses capillaires pour les patients qui ont temporairement perdu leurs cheveux par suite d'un traitement médical, sous réserve du maximum indiqué dans le Tableau des garanties collectives.

- Actes diagnostiques

Frais pour des tests microscopiques et d'autres actes et tests diagnostiques semblables effectués dans un laboratoire autorisé dans la province de Québec, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par année civile.

- Ambulance

Le transport en ambulance autorisée, y compris en ambulance aérienne, fourni dans la province du domicile de la personne assurée, pour transférer le patient à l'hôpital le plus proche qui soit en mesure de dispenser le traitement requis.

- Traitement dentaire

Frais engagés pour le traitement de blessures accidentelles aux dents naturelles ou à la mâchoire, causées par un coup externe pendant que la personne est assurée en vertu de cette modalité d'assurance. Il faut que le traitement soit reçu, ou que le paiement du traitement soit approuvé, dans les 12 mois qui suivent la date de l'accident, à moins qu'un délai plus long ne soit requis par la loi.

Ne sont pas couverts les frais découlant d'une blessure provoquée par une morsure ou le mâchonnement.

Assurance complémentaire de frais de soins médicaux

- Orientation d'un patient à l'étranger pour un traitement médical offert au Canada

- a) traitement médical qui, bien qu'offert au Canada, est administré à l'extérieur du Canada. Le maximum versé pour l'orientation d'un patient à l'étranger pour un traitement médical offert au Canada est indiqué au Tableau des garanties collectives.

Si, pendant qu'elle suit un traitement médical pour lequel elle a été dirigée à l'étranger, la personne assurée a besoin d'un traitement pour un problème médical qui est lié directement ou indirectement à ce traitement, la totalité des frais payables pour le traitement entier est assujettie au maximum versé pour traitement à l'étranger figurant au Tableau des garanties collectives.

Dans le cas d'un traitement qui n'est pas administré au Canada, autre qu'un traitement médical d'urgence, la Financière Manuvie :

- a) exige que ce traitement soit jugé nécessaire par un médecin exerçant la médecine au Canada, et
- b) suggère que soient présentées une description détaillée du traitement prévu et une estimation du coût, et ce, avant le début du traitement.

La Financière Manuvie avisera l'employé par la suite du montant des prestations offertes.

Services du Navigateur Santé^{MC}

Il n'est pas nécessaire d'obtenir la recommandation d'un médecin pour se prévaloir des services du Navigateur Santé. La Financière Manuvie fournira, au besoin, les services suivants aux personnes couvertes admissibles et, si le contexte l'exige, à leurs médecins traitants (désignés ici collectivement par « utilisateurs » ou individuellement par « utilisateur ») :

Site Web donnant accès aux ressources du Navigateur Santé

Le site Web permet d'obtenir les renseignements suivants :

- a) **Service de deuxième avis médical**
- i) Renseignements sur le service de deuxième avis médical
 - ii) Motifs d'utilisation du service
 - iii) Caractéristiques du service offert
 - iv) Comment se prévaloir du service
 - v) Liste complète des affections couvertes par ce service
 - vi) Liste des hôpitaux pouvant fournir le deuxième avis médical
 - vii) Foire aux questions sur le service de deuxième avis médical, y compris les exclusions et les restrictions s'y rattachant
- b) **Bibliothèque de la santé et des médicaments**

Assurance complémentaire de frais de soins médicaux

Cette base de données contient des renseignements sur les sujets suivants :

- i) Ressources en santé
- ii) Base de données sur les affections comportant du matériel didactique sur des maladies courantes
- iii) Base de données sur les médicaments d'ordonnance canadiens permettant d'effectuer une recherche par nom de médicament et donnant accès à des feuillets d'information générale sur l'usage des médicaments et les risques inhérents
- iv) Articles sur la santé traitant de questions d'actualité, regroupées par sujets
- v) Outils d'évaluation de l'état de santé
- vi) Centre d'information sur les maladies chroniques comprenant une base de données sur le soutien communautaire et permettant d'obtenir des renseignements sur certaines affections
- vii) Guide des soins de santé donnant accès à ce qui suit :
 - 1) Recherche d'un fournisseur de soins de santé - Fournit des ressources permettant de trouver un médecin canadien par province et nom de famille, par ville, par spécialité médicale ou par indicatif téléphonique régional
 - 2) Navigation dans le système de soins de santé - Permet d'obtenir des renseignements pratiques pour tirer le meilleur parti du système de soins de santé canadien
 - 3) Guides provinciaux et territoriaux

La Financière Manuvie prendra toutes les mesures nécessaires pour s'assurer que les ressources du site Web offertes dans le cadre du Navigateur Santé sont accessibles aux utilisateurs tous les jours sauf le dimanche, de 8 h à 20 h. Le dimanche est en effet réservé aux tâches d'entretien, ce qui peut occasionner une interruption de service. Toutefois, la Financière Manuvie ne peut pas garantir l'accessibilité de ces ressources, en raison de la maintenance, d'une panne de système ou autre situation qui pourrait se produire et sur laquelle elle n'a aucun contrôle. En outre, la Financière Manuvie se réserve le droit de modifier le contenu des ressources liées au Navigateur Santé sans en aviser le promoteur de régime ou les utilisateurs et sans obtenir leur consentement.

Centre d'assistance téléphonique aux utilisateurs

La Financière Manuvie fournira l'accès à un centre d'assistance téléphonique permettant aux utilisateurs d'obtenir des réponses à des questions sur les services inclus dans le Navigateur Santé, y compris une aide pour amorcer le processus d'obtention du service de deuxième avis médical; le centre d'assistance téléphonique sera accessible de 8 h à 20 h, heure locale dans le fuseau horaire de l'utilisateur, pendant les jours ouvrables. Toutefois, il sera possible de joindre directement par téléphone le coordonnateur du service de deuxième avis médical uniquement entre 8 h et 18 h, pendant les jours ouvrables.

Assurance complémentaire de frais de soins médicaux

Service de deuxième avis médical

- a) L'utilisateur pourra se prévaloir du service de deuxième avis médical dans le cas des affections suivantes : sida, maladie d'Alzheimer, amputation, affection mettant la vie en danger, tumeur cérébrale bénigne, cancer, maladies cardiovasculaires, douleur pelvienne chronique, coma, surdité, emphysème, remplacement de la hanche et du genou, perte de l'usage de la parole, brûlures graves, greffe d'un organe vital, traumatisme grave, sclérose en plaques, maladie neurodégénérative, paralysie, maladie de Parkinson, insuffisance rénale, polyarthrite rhumato ide, accident vasculaire cérébral, cécité subite due à une maladie, thrombophlébite et embolie.
- b) Chaque demande de deuxième avis médical est confiée à un gestionnaire de dossiers qui agit pour le compte du coordonnateur du service de deuxième avis médical et qui veille à obtenir l'avis auprès d'un fournisseur de deuxième avis médical, soit un médecin autorisé membre du réseau d'hôpitaux de ce coordonnateur et ayant les compétences nécessaires pour fournir l'avis selon l'affection de l'utilisateur.
- c) Chaque deuxième avis médical consiste en un diagnostic et un plan de traitement, y compris ce qui suit :
 - i) Un examen multidisciplinaire, une analyse et un rapport de consultation faits par un ou plusieurs médecins spécialistes ou sous-spécialistes du réseau normalement consultés pour le type d'affection faisant l'objet de la demande de deuxième avis médical présentée par l'utilisateur.
 - ii) Lorsque le diagnostic ou le plan de traitement du fournisseur du deuxième avis diffère de beaucoup de celui du médecin traitant de l'utilisateur et que le coordonnateur du service de deuxième avis médical croit qu'il serait utile de consulter des médecins d'autres hôpitaux membres du réseau, l'utilisateur peut recevoir un autre avis médical sans frais additionnels.
 - iii) Un rapport de consultation rédigé à l'intention de l'utilisateur et de son médecin traitant principal et, sur demande, un entretien téléphonique entre ce médecin traitant et le fournisseur du deuxième avis médical.
 - iv) La conservation permanente de dossiers médicaux numériques de qualité diagnostique cr s à l'aide de la technologie de numérisation et de chiffrement autorisée de la Federal Drug Administration (FDA) des  tats-Unis. Tous les dossiers sont conservés chez le fournisseur de deuxième avis médical afin qu'il soit plus facile de comparer les renseignements si un deuxième avis médical doit faire l'objet d'un examen ultérieurement.
- d) L'utilisateur peut normalement s'attendre à recevoir le deuxième avis médical dans les quatre à sept jours ouvrables suivant la réception par le fournisseur du deuxième avis médical de tous les renseignements médicaux. Toutefois, le délai peut varier selon les circonstances.
- e) L'utilisateur n'assume pas les frais de reproduction des renseignements médicaux ni les frais d'envoi au fournisseur du deuxième avis médical. Le coordonnateur du service de deuxième avis médical paie au médecin traitant de l'utilisateur des frais raisonnables engagés pour la photocopie du dossier de ce dernier et des honoraires raisonnables demandés pour remplir les formulaires pertinents; il paie aussi les frais d'envoi du dossier au coordonnateur du deuxième avis médical.

Assurance complémentaire de frais de soins médicaux

- f) A moins de demande contraire de la part de l'utilisateur, le coordonnateur du service de deuxième avis médical choisit l'établissement de soins de santé approprié qui sera appelé à fournir le deuxième avis médical. Si l'utilisateur demande que l'on fasse appel à un établissement de soins de santé particulier, membre du réseau avec lequel traite le coordonnateur du service de deuxième avis médical, des efforts raisonnables seront déployés pour acquiescer à la demande.

Services de coordination

Si l'utilisateur souhaite se rendre aux États-Unis pour recevoir des soins, les frais engagés pour le déplacement et les soins ne sont pas couverts dans le cadre des services du Navigateur Santé et demeurent donc à la charge de l'utilisateur. Toutefois, dans un tel cas, la Financière Manuvie peut fournir un service de coordination faisant partie des services offerts par le Navigateur Santé. Ce service comprend ce qui suit :

- a) aider l'utilisateur à trouver et choisir un hôpital ou un spécialiste membre du réseau aux États-Unis;
- b) obtenir des rendez-vous, organiser l'admission à l'hôpital et recommander des médecins;
- c) déterminer et recommander des dispositions nécessaires pour le transport en cas de besoins spéciaux;
- d) déterminer et communiquer les besoins particuliers de l'utilisateur, liés à la culture ou à la langue, par exemple;
- e) faciliter la sortie de l'hôpital et le retour de l'utilisateur à son domicile.

Exclusions et restrictions

Sans réduire la portée de tous autres exclusions et restrictions du présent contrat qui pourraient s'appliquer au Navigateur Santé, les exclusions et limitations suivantes s'appliquent particulièrement au Navigateur Santé :

- a) Les services inclus dans le Navigateur Santé ne couvrent pas les frais engagés par le promoteur de régime, les utilisateurs ou leurs médecins traitants, pour lesquels la Financière Manuvie n'est pas expressément chargée du paiement aux termes du présent contrat, notamment le coût des traitements, des actes, des médicaments, de l'équipement médical et du matériel, les frais de déplacement, les honoraires et les frais d'annulation de rendez-vous ou autres frais.
- b) L'utilisateur ne peut pas se prévaloir des services offerts par le Navigateur Santé dans le cas de toute affection directement attribuable à l'un des événements suivants :
 - i) contamination radioactive qui n'est pas liée à l'emploi occupé;
 - ii) guerre ou actes belliqueux (que la guerre soit déclarée ou non), invasion, actions d'ennemis, hostilités, mutinerie, émeute, agitation civile, guerre civile, rébellion, révolution, insurrection, conspiration, usurpation du pouvoir par des militaires ou autres agents, imposition de la loi martiale ou état de siège, ou tout événement ou toute cause entraînant la proclamation ou le maintien de la loi martiale ou de l'état de siège.

Assurance complémentaire de frais de soins médicaux

- c) Il peut arriver que les médecins membres du réseau jugent que les renseignements médicaux fournis par l'utilisateur ne permettent pas de donner un deuxième avis médical étant donné qu'ils sont insuffisants ou inadéquats. Le cas échéant, le coordonnateur du service de deuxième avis médical informera l'utilisateur dans un délai de 24 heures des raisons pour lesquelles il est impossible de produire un rapport. L'utilisateur aura ensuite la possibilité de fournir d'autres renseignements au coordonnateur, qui les communiquera aux médecins membres du réseau, chargés de fournir le deuxième avis médical. Si ces renseignements sont toujours insuffisants, les médecins membres du réseau peuvent refuser de fournir un deuxième avis médical. De plus, ni les médecins, ni le coordonnateur, ni la Financière Manuvie n'ont alors à satisfaire à d'autres obligations par rapport à la demande de deuxième avis médical.
- d) Exception faite des renseignements fournis par l'intermédiaire du service de deuxième avis médical susmentionné, tous les renseignements (désignés ici collectivement par « contenu ») obtenus sous quelque forme que ce soit à partir du site Web donnant accès aux ressources du Navigateur Santé et du centre d'assistance téléphonique aux utilisateurs sont fournis uniquement à titre indicatif. Ce contenu ne doit pas servir à des fins de diagnostic, de traitement ou autres fins. Ce contenu ne crée aucune relation patient-médecin et ne doit pas remplacer l'obtention d'un diagnostic, d'un traitement ou de conseils professionnels. Les utilisateurs doivent consulter leur professionnel de la santé ou un autre professionnel de la santé qualifié s'ils doivent prendre quelque décision que ce soit en matière de soins de santé ou s'ils ont besoin de conseils au sujet d'une affection particulière. Tout utilisateur qui se fie uniquement au contenu susmentionné le fait à ses propres risques. La Financière Manuvie n'émet aucune opinion favorable quant aux produits, services, traitements, actes, examens, médecins, organisations, avis ou autres sujets dont il peut être question dans le contenu ou dans tout site Web offert par un tiers. Elle se dégage de toute responsabilité à l'égard du contenu actuel ou futur lié aux services du Navigateur Santé.

Cessation des services du Navigateur Santé fournis à l'utilisateur

Tous les services du Navigateur Santé en cours à la cessation de la présente garantie sont achevés conformément aux dispositions de la présente garantie et du contrat. Les services du Navigateur Santé prennent fin à la cessation de la couverture de l'utilisateur au titre de l'Assurance maladie complémentaire ou à son 70^e anniversaire de naissance, selon la première éventualité. Si l'utilisateur a déjà demandé un deuxième avis médical au moment où

- a) les services du Navigateur Santé prennent fin pour quelque raison que ce soit,
- b) l'utilisateur cesse d'être admissible aux services du Navigateur Santé,
- c) la Financière Manuvie cesse d'offrir les services du Navigateur Santé,

le processus d'obtention de ce deuxième avis médical peut se poursuivre jusqu'à sa conclusion, mais aucun autre service prévu par le Navigateur Santé n'est offert à l'utilisateur.

Interruption des services du Navigateur Santé

Outre ses droits énoncés dans le présent contrat, la Financière Manuvie peut, à son gré, décider d'interrompre la prestation des services du Navigateur Santé si le promoteur de régime omet de payer une partie ou la totalité des frais s'y rattachant, sans porter atteinte à ses autres droits découlant du présent contrat.

Assurance complémentaire de frais de soins médicaux

Frais non couverts

Aucune indemnité n'est payable dans le cas de frais liés directement ou indirectement à une des causes suivantes :

(Ne s'applique pas au Navigateur Santé^{MC}) :

- a) toute maladie professionnelle ou accident du travail, lorsque la personne est assurée en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou lorsque la personne est admissible à l'assurance prévue par une telle loi;
- b) toute maladie ou blessure pour laquelle des indemnités sont payables en vertu d'un régime du gouvernement ou d'un programme légalement autorisé;
- c) guerre, déclarée ou non, insurrection, action hostile d'une force armée, participation volontaire à une émeute ou à une agitation civile ou service dans les forces armées de tout pays;
- d) la perpétration d'une agression ou d'un crime ou une tentative d'agression ou de crime;
- e) blessures subies pendant que la personne assurée conduisait un véhicule en se trouvant sous l'effet d'une intoxication causée par quelque substance que se soit ou si, au moment où elle s'est blessée, la teneur en alcool de son sang était de plus de 80 milligrammes pour 100 millilitres de sang;
- f) frais d'examen médicaux périodiques, de rendez-vous manqués, d'examen demandés par un tiers, de voyages pour raisons de santé ou frais de rédaction de formules de demande de règlement;
- g) frais de services ou de fournitures dans les cas suivants :
 - i) il n'y aurait pas eu de frais demandés si l'assurance n'existait pas;
 - ii) le remboursement aurait été fait en vertu d'un régime du gouvernement si l'assurance n'existait pas;
 - iii) les services ou fournitures sont reçus d'une clinique médicale ou dentaire administrée par un employeur, une association ou un syndicat;
 - iv) les services sont nécessaires à des fins récréatives ou sportives, mais qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical en ce qui concerne des activités régulières;
 - v) le remboursement aurait été fait en vertu du régime d'assurance-maladie provincial si une demande avait été présentée en bonne et due forme;
 - vi) les services ou fournitures sont reçus de la personne assurée, d'un proche parent ou d'une personne qui habite avec la personne assurée;
 - vii) les services ou fournitures sont reçus pendant le séjour à l'hôpital;
 - viii) les services ou fournitures qui ne sont pas indiqués dans la description des frais couverts en vertu de cette garantie;
- h) traitement médical ou chirurgical administré à des fins esthétiques; ou
- i) traitement médical qui sort de l'ordinaire ou qui en est encore au stade expérimental.

Prolongation de l'assurance

Si une personne est totalement invalide à la date à laquelle la couverture prend fin en vertu de cette modalité d'assurance, la Financière Manuvie continuera à verser les frais couverts liés au traitement de l'invalidité.

La personne continuera à être assurée pendant une période maximale de 90 jours après la date à laquelle cette modalité d'assurance prend fin pendant que la personne demeure totalement invalide. Toutefois, l'assurance prendra fin si la personne devient admissible à l'assurance prévue par une autre police collective.

L'employé sera considéré comme invalide s'il est admissible aux prestations d'invalidité conformément à toute autre disposition de la présente police.

La personne à charge sera considérée comme invalide si elle reçoit un traitement médical d'un médecin et doit garder le lit à l'hôpital ou au foyer.

Assurance prolongée pour les survivants

La garantie

Advenant le décès d'un employé pendant qu'il est assuré en vertu de cette modalité d'assurance, et pendant que les personnes à sa charge sont assurées en vertu de cette police, la Financière Manuvie continuera à fournir l'assurance aux personnes à sa charge pendant une période ne dépassant pas 24 mois. Il faut se reporter au Tableau des garanties collectives pour savoir quelle assurance des personnes à charge sera maintenue au titre de la présente garantie. La Financière Manuvie accorde l'exonération du paiement de la prime afférente à l'assurance maintenue en vigueur.

Continuation de la protection d'assurance

L'assurance maintenue en vigueur sur la tête d'une personne à charge sera la même que celle qui est en vigueur au moment du décès de l'employé. Cette assurance sera sujette à toute disposition stipulée dans la police d'assurance à la date précitée, concernant la réduction ou l'annulation de l'assurance à cause de l'âge.

Annulation de l'assurance

La période maximale de l'assurance maintenue en vigueur pour les personnes à charge est de 24 mois. Toutefois, l'assurance sur la tête d'une personne à charge prend fin automatiquement :

- a) si cette dernière cesse d'être considérée comme telle, même si l'employé était toujours vivant;
- b) si la personne à charge obtient une couverture semblable ailleurs; ou
- c) si la police prend fin.

La garantie

Si l'employé devient totalement invalide pendant qu'il est assuré au titre de la présente garantie, la Financière Manuvie versera les prestations d'invalidité précisées ci-dessous, à condition que l'employé réponde aux critères d'admissibilité.

Les prestations sont payables à l'expiration de la période d'attente. Aucune prestation n'est versée pour ou pendant la période d'attente. L'employé doit être suivi et traité de façon régulière par un médecin pendant la période d'attente afin d'avoir droit à des prestations à la fin de cette période. Sinon, les prestations sont payables à compter de la date à laquelle l'employé est traité par son médecin pour la première fois.

Définition des expressions « invalidité totale », « atteint d'invalidité totale » ou « totalement invalide »

Empêchement ou incapacité de l'employé, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de son emploi habituel.

La Financière Manuvie ne tient pas compte des possibilités d'emploi lors de l'évaluation de l'invalidité.

L'employé qui doit avoir un permis de l'État pour pouvoir accomplir son travail n'est pas considéré comme invalide du seul fait que ce permis lui est retiré ou n'est pas renouvelé.

Critères d'admissibilité

La Financière Manuvie déterminera l'admissibilité de l'employé au versement des prestations en fonction des critères suivants :

- a) l'employé a été totalement invalide de façon ininterrompue pendant la période d'attente;
- b) la Financière Manuvie reçoit des attestations médicales confirmant l'empêchement ou incapacité de l'employé, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de son emploi habituel; et
- c) l'employé est suivi par un médecin et reçoit des soins et des traitements, relativement à son invalidité.

Périodes n'ouvrant pas droit au versement de prestations

Aucune indemnité n'est payable au cours de toute période pendant laquelle :

- a) l'employé n'est pas suivi par un médecin et ne reçoit pas des soins et des traitements, relativement à son invalidité;
- b) l'employé néglige de fournir à la Financière Manuvie les attestations médicales confirmant son empêchement ou son incapacité, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de son emploi habituel;
- c) l'employé refuse de se soumettre à un examen médical, psychiatrique, psychologique ou fonctionnel par un spécialiste désigné par la Financière Manuvie, ou d'y participer ou de collaborer à son bon déroulement;

Indemnité hebdomadaire/Invalidité de courte durée

- d) l'employé touche des prestations de maternité, des prestations parentales, des prestations de compassion ou des prestations de parents ayant un enfant gravement malade de l'assurance-emploi;
- e) l'employé est mis à pied et devient totalement invalide pendant cette période;
- f) l'employé est en congé autorisé et devient totalement invalide pendant cette période, à moins que l'employeur ne soit tenu de payer des prestations au cours de cette période en vertu d'une loi, d'un règlement ou de la jurisprudence (dans certaines provinces, les employeurs titulaires d'un contrat collectif doivent verser des prestations à une employée, au cours de la portion du congé de maternité attribuable à des raisons de santé);
- g) l'employé occupe un emploi contre rémunération, à l'exclusion d'une activité prévue par le programme de réadaptation; ou
- h) l'employé est emprisonné, ou interné dans un établissement correctionnel ou dans un établissement psychiatrique, sur ordonnance d'une cour criminelle.

Montant de la prestation d'invalidité

Le montant de la prestation invalidité pouvant être versé correspond au montant indiqué au Tableau des garanties collectives, réduit de toute somme que l'employé reçoit :

- a) en raison de la même invalidité ou d'une invalidité connexe :
 - i) au titre d'une assurance contre les accidents du travail ou d'une couverture semblable;
 - ii) au titre de tout régime d'assurance automobile provincial ou de tout contrat d'assurance automobile ne tenant pas compte des prestations d'invalidité versées au titre de l'assurance-emploi;
 - iii) au titre d'un programme d'assurance-salaire ou d'un régime de remplacement de revenu offert par l'employeur;
- b) à titre de rémunération de son employeur, y compris les indemnités de départ et les paies de vacances, tel que stipulé au régime d'assurance-emploi; et
- c) au titre d'une pension de retraite ou d'invalidité du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec.

Règles de calcul des prestations

La Financière Manuvie appliquera les règles suivantes au calcul des prestations d'invalidité :

- a) les prestations d'autres sources et dont le versement a commencé avant le début de l'invalidité actuelle de l'employé ne seront pas prises en considération;
- b) les prestations d'autres sources ne seront pas rajustées pour prendre en considération la différence entre la situation fiscale de ces prestations et celle des prestations pouvant être versées par la Financière Manuvie; et
- c) pour ce qui est des prestations qui ne sont pas versées de façon hebdomadaire, la Financière Manuvie calculera l'équivalent hebdomadaire de ces prestations.

Subrogation

Des paiements conditionnels seront versés à un employé susceptible de présenter une demande de règlement pour pertes de revenu contre une tierce partie ayant causé l'invalidité ou y ayant contribué. Dans un tel cas, aux fins du remboursement, la Financière Manuvie peut subroger l'employé dans ses droits à l'indemnisation qui peut lui être accordée par un jugement ou un règlement.

Paiement des prestations d'invalidité

Les prestations d'invalidité sont versées chaque semaine à terme échu. Si un versement ne porte pas sur une semaine complète, il est prévu pour chaque jour d'invalidité une indemnité égale à 1/7 de l'indemnité hebdomadaire de l'employé.

Indemnité de réadaptation professionnelle

Lorsque la Financière Manuvie établit qu'un employé est totalement invalide, elle peut offrir et si elle le juge approprié, des services de réadaptation afin d'aider l'employé à effectuer un retour au travail.

En collaboration avec l'employeur et l'employé, la Financière Manuvie offre un programme de réadaptation qui préparera l'employé à effectuer un retour au travail.

En vue de déterminer s'il y a lieu d'offrir à l'employé un programme de réadaptation, la Financière Manuvie tient compte de ce qui suit :

- a) la nature, l'étendue et la durée prévue de l'invalidité de l'employé;
- b) la formation, l'instruction ou l'expérience de l'employé; et
- c) la nature, la portée, les objectifs et le coût d'un programme de réadaptation.

Pendant qu'il exerce une activité de réadaptation, l'employé continue d'avoir droit aux prestations d'invalidité. Le revenu provenant de l'activité de réadaptation sera déduit des prestations d'invalidité de l'employé si son revenu total excède :

- a) 100 % de sa rémunération avant l'invalidité, si ses prestations sont imposables; ou
- b) 100 % de sa rémunération nette, si ses prestations ne sont pas imposables.

Si l'employé cesse de participer à l'activité de réadaptation en raison d'un changement à son état de santé, la Financière Manuvie exigera une attestation médicale expliquant comment l'état de santé de l'employé s'est détérioré et l'empêche de poursuivre l'activité de réadaptation en raison d'une augmentation de ses limitations et de son incapacité.

Si l'employé n'est pas disponible ou s'il refuse de coopérer ou de participer à l'activité de réadaptation, il n'aura plus droit aux prestations d'invalidité.

Cessation du versement des prestations

Le versement des prestations d'invalidité prend fin dès que se réalise l'une des éventualités suivantes :

- a) la date à laquelle l'employé ne répond plus à la définition d'invalidité totale de la garantie;

Indemnité hebdomadaire/Invalidité de courte durée

- b) la date à laquelle ont été acquittés les paiements couvrant la période maximale d'indemnisation prévue au Tableau des garanties collectives;
- c) la date à laquelle l'employé prend sa retraite; ou
- d) la date du décès de l'employé.

Invalidité récidivante

Si l'employé est de nouveau atteint d'invalidité totale en raison des mêmes causes ou des causes connexes au cours des 2 semaines suivant la fin de la période d'indemnisation au titre de la présente police, il ne sera pas tenu d'accomplir la période d'attente.

La Financière Manuvie considérera l'invalidité comme une prolongation de l'invalidité précédente. Les prestations seront calculées en fonction du salaire de l'employé à la date du début de son invalidité précédente. Le versement des prestations pour l'ensemble des invalidités ne peut excéder la période d'indemnisation maximale précisée dans le Tableau des garanties collectives.

Si l'employé est de nouveau atteint de la même invalidité plus de 2 semaines suivant la fin de la période d'indemnisation, cette invalidité sera considérée comme une invalidité distincte.

Deux invalidités attribuables à des causes non connexes sont considérées comme des invalidités distinctes si un intervalle d'au moins une journée de travail les sépare.

Prolongation de garantie

Si l'assurance de l'employé prend fin pour une raison autre que la mise en retraite, la Financière Manuvie maintiendra l'assurance en vigueur au titre de la présente modalité si l'employé est atteint d'une invalidité totale et :

- a) est en droit de recevoir des prestations; ou
- b) est en train d'accomplir la période d'attente.

Pour avoir droit aux prestations, l'employé doit répondre aux critères d'admissibilité de la Financière Manuvie.

L'assurance est maintenue en vigueur sous réserve de toutes les dispositions de la police.

Situation fiscale

Le titulaire de police doit aviser la Financière Manuvie par écrit de tout changement dans la situation fiscale de la présente modalité, et ce, 31 jours à l'avance. Si un tel changement se produit, la Financière Manuvie se réserve le droit, qu'elle en ait été avisée ou non, de rajuster le montant d'assurance et les taux de prime. Le rajustement aura lieu à la date du changement.

Invalidités non couvertes

Aucune prestation n'est versée pour les invalidités liées à ce qui suit:

- a) toute maladie ou blessure attribuables à l'emploi survenant au cours de l'emploi, à moins que la demande de l'employé n'ait été refusée par la Commission des accidents du travail ou la Commission de la santé et de la sécurité du travail;
- b) soins médicaux ou chirurgicaux donnés à des fins esthétiques seulement, sauf à la suite d'une maladie ou d'une blessure;
- c) la guerre, l'insurrection, toute action hostile d'une force armée, la participation à une émeute ou à toute agitation civile;
- d) abus de drogues, y compris les médicaments et l'alcool, sauf si l'employé participe à un programme de traitement médical pour des patients hospitalisés pour toxicomanie;
- e) la perpétration d'un acte criminel;
- f) blessures subies pendant que l'employé conduisait un véhicule en se trouvant sous l'effet de la drogue ou de l'alcool, tel qu'il est interdit par la loi; ou
- g) blessures auto-infligées, à moins qu'une attestation médicale établisse qu'elles sont reliées à une condition de santé mentale.

Assurance contre l'invalidité de longue durée

La garantie

Si l'employé devient totalement invalide pendant qu'il est assuré au titre de la présente garantie, la Financière Manuvie versera les prestations d'invalidité précisées ci-dessous, à condition que l'employé réponde aux critères d'admissibilité.

Les prestations sont payables à l'expiration de la période d'attente. Aucune prestation n'est versée pour ou pendant la période d'attente.

Définition des expressions « invalidité totale », « atteint d'invalidité totale » ou « totalement invalide »

Empêchement ou incapacité de l'employé, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de :

- a) son emploi habituel au cours de la période d'attente et des 24 mois qui la suivent; et
- b) tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que l'employé possède ou pourrait raisonnablement acquérir, après la période de 24 mois précisée ci-dessus.

La Financière Manuvie ne tient pas compte des possibilités d'emploi lors de l'évaluation de l'invalidité.

L'employé qui doit avoir un permis de l'État pour pouvoir accomplir son travail n'est pas considéré comme invalide du seul fait que ce permis lui est retiré ou n'est pas renouvelé.

Critères d'admissibilité

La Financière Manuvie déterminera l'admissibilité de l'employé au versement des prestations en fonction des critères suivants :

- a) l'employé a été totalement invalide de façon ininterrompue pendant la période d'attente. Si l'employé cesse d'être totalement invalide durant cette période mais le redevient dans les trois semaines en raison de la même blessure ou maladie ou d'une blessure ou maladie analogue, la période d'attente sera prolongée du nombre de jours pendant lesquels l'employé n'était pas totalement invalide.
- b) la Financière Manuvie reçoit des attestations médicales confirmant l'empêchement ou l'incapacité de l'employé, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de :
 - i) son emploi habituel au cours de la période d'attente et des 24 mois qui la suivent; et
 - ii) tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que l'employé possède ou pourrait raisonnablement acquérir, après la période de 24 mois précisée ci-dessus.
- c) l'employé est suivi par un médecin et reçoit les soins et les traitements appropriés, compte tenu de son invalidité, selon la Financière Manuvie.

En tout temps, la Financière Manuvie se réserve le droit de demander à l'employé de subir un examen médical, psychiatrique, psychologique, fonctionnel et/ou une évaluation pédagogique ou professionnelle par un spécialiste désigné par la Financière Manuvie.

Périodes n'ouvrant pas droit au versement de prestations

Aucune indemnité n'est payable au cours de toute période pendant laquelle :

- a) l'employé n'est pas suivi par un médecin et ne reçoit pas les soins et les traitements appropriés, compte tenu de son invalidité, selon la Financière Manuvie;
- b) l'employé touche des prestations de maternité ou parentales d'assurance-emploi;
- c) l'employé est mis à pied et devient totalement invalide pendant cette période;
- d) l'employé est en congé autorisé et devient totalement invalide pendant cette période, à moins que l'employeur ne soit tenu de payer des prestations au cours de cette période en vertu d'une loi, d'un règlement ou de la jurisprudence (dans certaines provinces, les employeurs titulaires d'un contrat collectif doivent verser des prestations à un employé, au cours de la portion du congé de maternité attribuable à des raisons de santé);
- e) l'employé reçoit des prestations au titre d'une assurance-salaire ou d'un régime de remplacement du revenu de courte durée;
- f) l'employé exerce un emploi, à l'exception de ce que prévoit la disposition intitulée « Indemnité de réadaptation professionnelle »; ou
- g) l'employé est incarcéré dans une prison, un établissement correctionnel, ou interné dans un établissement psychiatrique, sur ordonnance d'une cour criminelle.

Montant de la prestation d'invalidité

Le montant de la prestation d'invalidité qui sera versé correspond au montant indiqué au Tableau des garanties collectives, réduit de toute somme que l'employé reçoit ou à laquelle il a droit en raison de la même invalidité ou d'une invalidité connexe :

- a) l'assurance contre les accidents du travail ou d'une couverture semblable;
- b) les prestations versées en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec; et
- c) les prestations versées au titre de tout régime d'assurance automobile de l'État, sauf si la loi l'interdit.

Le montant de la prestation payable sera de nouveau réduit de sorte que la somme totale provenant de sources multiples n'excède pas 85 % de la rémunération de l'employé avant son invalidité, si les prestations sont imposables, ou 85 % de la rémunération nette avant l'invalidité, si les prestations ne sont pas imposables.

Aux prestations provenant de toutes les sources susmentionnées viennent s'ajouter

- a) toute somme que l'employé touche ou est en droit de toucher au titre :
 - i) de toute autre assurance collective ou de toute assurance d'une association ou pour franchisés;
 - ii) de tout régime de pension ou de retraite;
 - iii) du salaire ou sommes payables par tout employeur, y compris les indemnités de départ ou les paies de vacances;

Assurance contre l'invalidité de longue durée

- iv) du travail à son propre compte;
- v) de tout régime d'État, à l'exclusion des prestations d'assurance-emploi; et
- b) les prestations versées en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec qu'un autre membre de la famille de l'employé reçoit ou auxquelles il a droit en raison de l'invalidité de l'employé.

Règles de calcul des prestations

La Financière Manuvie appliquera les règles suivantes au calcul des prestations d'invalidité :

- a) les prestations d'autres sources et dont le versement a commencé avant le début de l'invalidité actuelle de l'employé ne seront pas prises en considération;
- b) les prestations d'autres sources ne seront pas rajustées pour prendre en considération la différence entre la situation fiscale de ces prestations et celle des prestations payables par la Financière Manuvie;
- c) les modifications touchant toute prestation, autres que les indexations sur le coût de la vie, seront prises en considération et la prestation pourra alors faire l'objet d'un nouveau calcul;
- d) les prestations payables au titre d'une assurance-salaire individuelle ne seront pas prises en considération;
- e) pour ce qui est des prestations qui ne sont pas versées mensuellement, la Financière Manuvie calculera l'équivalent mensuel de ces prestations; et
- f) lorsque l'employé ne présente aucune demande visant une prestation à laquelle il est admissible, la Financière Manuvie déterminera le montant approximatif de cette prestation et celle-ci sera réputée avoir été versée à l'employé.

Indexation sur le coût de la vie

À tous les mois de janvier, après douze mois de versements de prestations d'invalidité de longue durée, le montant de la prestation d'invalidité de l'employé sera augmenté en fonction de l'indexation sur le coût de la vie qui figure au Tableau des garanties collectives. La prestation de l'employé ne sera jamais réduite par suite d'une telle indexation.

Lorsque le montant de la prestation d'invalidité de l'employé connaît une hausse découlant de l'indexation sur le coût de la vie, la rémunération préinvalidité de ce dernier sera réputée subir la même hausse.

Le montant de la prestation d'invalidité qui sera versé en fonction de l'indexation sur le coût de la vie n'est pas assujéti au maximum indiqué au Tableau des garanties collectives.

Subrogation

Des paiements conditionnels seront versés à un employé susceptible de présenter une demande de règlement pour pertes de revenu contre une tierce partie ayant causé l'invalidité ou y ayant contribué. Dans un tel cas, aux fins du remboursement, la Financière Manuvie peut subroger l'employé dans ses droits à l'indemnisation qui peut lui être accordée par un jugement ou un règlement.

Assurance contre l'invalidité de longue durée

Paiement des prestations d'invalidité

Les prestations d'invalidité seront versées mensuellement, une fois le mois écoulé. Tout paiement portant sur une période inférieure à un mois sera versé suivant un taux quotidien équivalant à un trentième de la prestation mensuelle de l'employé.

Indemnité de réadaptation professionnelle

Lorsque la Financière Manuvie établit qu'un employé est totalement invalide, elle peut offrir et si elle le juge approprié, des services de réadaptation afin d'aider l'employé à occuper à nouveau un emploi rémunéré, soit son emploi avant son invalidité ou tout autre emploi.

En collaboration avec l'employeur et l'employé, la Financière Manuvie offre un programme de réadaptation qui préparera l'employé à retourner au travail, que ce soit :

- a) pour son employeur;
- b) pour un autre employeur; ou
- c) à son propre compte.

En vue de déterminer s'il y a lieu d'offrir à l'employé un programme de réadaptation, la Financière Manuvie tient compte de ce qui suit :

- a) la nature, l'étendue et la durée prévue de l'invalidité de l'employé;
- b) la formation, l'instruction ou l'expérience de l'employé; et
- c) la nature, la portée, les objectifs et le coût d'un programme de réadaptation.

Pendant qu'il exerce une activité de réadaptation l'employé continue d'avoir droit aux prestations d'invalidité. Le revenu provenant de l'activité de réadaptation sera déduit des prestations d'invalidité de l'employé uniquement si son revenu total excède :

- a) 100 % de sa rémunération avant l'invalidité, si ses prestations sont imposables; ou
- b) 100 % de sa rémunération nette, si ses prestations ne sont pas imposables.

Si l'employé cesse de participer à l'activité de réadaptation en raison d'un changement de son état de santé, la Financière Manuvie exigera une attestation médicale expliquant comment l'état de santé de l'employé s'est détérioré et l'empêche de poursuivre l'activité de réadaptation en raison d'une augmentation de ses limitations et de son incapacité.

Si l'employé n'est pas disponible ou s'il refuse de coopérer ou de participer à l'activité de réadaptation, il n'aura plus droit aux prestations d'invalidité.

Cessation du versement des prestations

Le versement des prestations d'invalidité prend fin dès que se réalise l'une des éventualités suivantes :

- a) la date à laquelle l'employé ne répond plus à la définition d'invalidité de la garantie.
- b) le jour où l'employé néglige de fournir à la Financière Manuvie les attestations médicales appropriées confirmant son empêchement ou son incapacité, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de :
 - i) son emploi habituel au cours de la période d'attente et des 24 mois qui la suivent; et

Assurance contre l'invalidité de longue durée

- ii) tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que l'employé possède ou pourrait raisonnablement acquérir, après la période de 24 mois précisée ci-dessus.
- c) le jour où l'employé refuse de subir un examen médical, psychiatrique, psychologique et/ou une évaluation pédagogique ou professionnelle par un spécialiste désigné par la Financière Manuvie.
- d) la date à laquelle ont été effectués tous les versements couvrant la période maximale d'indemnisation prévue au Tableau des garanties collectives.
- e) la date du décès de l'employé.

Invalidité récidivante

Si l'employé est de nouveau atteint d'invalidité totale en raison des mêmes causes ou des causes connexes au cours des 6 mois suivant la fin de la période d'indemnisation au titre de la présente police, il ne sera pas tenu d'accomplir la période d'attente.

La Financière Manuvie considérera l'invalidité comme une prolongation de l'invalidité précédente. Les prestations seront calculées en fonction du salaire de l'employé à la date du début de son invalidité précédente.

Le versement des prestations pour l'ensemble des invalidités ne peut excéder la période d'indemnisation maximale précisée dans le Tableau des garanties collectives.

Si l'employé est de nouveau atteint de la même invalidité plus de 6 mois suivant la fin de la période d'indemnisation, cette invalidité sera considérée comme une invalidité distincte.

Deux invalidités attribuables à des causes non connexes sont considérées comme des invalidités distinctes si un intervalle d'au moins une journée de travail les sépare.

Exonération de primes

Les primes devant être acquittées au nom d'un employé à l'égard de la présente garantie feront l'objet d'une exonération pendant toute période où seront versées des prestations d'invalidité de longue durée.

Prolongation de garantie

Si l'assurance de l'employé prend fin pour une raison autre que l'atteinte de l'âge limite précisé dans le Tableau des garanties collectives, la Financière Manuvie maintiendra l'assurance en vigueur au titre de la présente modalité si l'employé est atteint d'une invalidité totale et;

- a) soit admissible aux prestations; ou
- b) soit en train d'accomplir la période d'attente.

Pour avoir droit aux prestations, l'employé doit répondre aux critères d'admissibilité de la Financière Manuvie.

L'assurance est maintenue en vigueur sous réserve de toutes les dispositions de la police.

Situation fiscale

Le titulaire du contrat doit adresser un préavis écrit de 31 jours à la Financière Manuvie pour lui faire part de tout changement relatif à la situation fiscale de la présente garantie. Le cas échéant, la Financière Manuvie se réserve le droit de procéder à un rajustement du montant d'assurance et des taux de primes, qu'elle ait ou non reçu notification du changement. Le rajustement prendra effet à la date du changement.

Invalidités non couvertes

Est exclue de la garantie toute invalidité résultant directement ou indirectement de ce qui suit :

- a) blessures auto-infligées, à moins qu'une attestation médicale établisse qu'elles sont reliées à une condition de santé mentale;
- b) guerre, insurrection, toute action hostile d'une force armée ou participation à une émeute ou à toute agitation civile;
- c) soins médicaux ou chirurgicaux qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical;
- d) la perpétration d'une agression ou d'un crime ou une tentative d'agression ou de crime;
- e) blessures subies pendant que l'employé conduisait un véhicule en se trouvant sous l'effet d'une intoxication causée par quelque substance que se soit ou si, au moment où il s'est blessé, la teneur en alcool de son sang était de plus de 80 milligrammes pour 100 millilitres de sang;
- f) abus de substances engendrant une dépendance, y compris drogue et alcool, sauf si l'employé participe activement ou coopère à un programme de traitement médical pour des patients hospitalisés pour toxicomanes approuvé par la Financière Manuvie;
- g) état de santé préexistant qui entraîne une invalidité au cours des 12 premiers mois de la couverture de l'employé au titre de la présente garantie. L'état de santé préexistant s'entend de toute maladie ou blessure (qu'elle soit diagnostiquée ou non) pour laquelle l'employé a reçu des soins ou a été suivi par un médecin, ou pour laquelle des médicaments ont été prescrits, au cours des 90 jours précédant la date d'effet de la couverture au titre de la présente garantie.

Versement d'indemnités

Ayants droit

Les indemnités payables par suite du décès d'un employé sont payables au bénéficiaire de l'employé ou à la succession de l'employé si aucun bénéficiaire n'a été désigné ou si le bénéficiaire désigné est décédé. Toutes les autres indemnités payables relativement à l'employé et aux personnes à sa charge sont payables à l'employé ou, moyennant l'autorisation préalable de ce dernier, à la personne physique ou morale ayant donné les soins, les traitements ou ayant vendu les produits. S'il n'est pas vivant, ces indemnités sont payables à sa succession.

Versement de petits montants

Si une somme ne dépassant pas 2 000 \$ est payable à une personne défunte ou dans l'impossibilité de donner une quittance valide pour un tel paiement, la Financière Manuvie peut verser la somme à l'une des personnes suivantes :

- a) toute personne apparentée à cette personne; ou
- b) toute personne ou établissement qui a engagé des frais pour les soins, l'entretien ou l'enterrement de cette personne.

Preuves exigées

Aucune indemnité ne sera payable tant que la Financière Manuvie n'aura pas reçu une preuve satisfaisante par écrit voulant que des indemnités soient versées en vertu des dispositions de cette police d'assurance.

La Financière Manuvie se réserve le droit de demander des renseignements additionnels jugés nécessaires pour valider toute demande de règlement présentée au titre de la présente police. Les frais engagés pour obtenir les renseignements additionnels sont à la charge de l'employé.

Soumission des preuves

Des preuves qui indiquent que des indemnités sont payables doivent être soumises par l'employé ou en son nom et doivent parvenir au siège social de la Financière Manuvie, Affaires canadiennes, ou à l'un de ses bureaux régionaux qui s'occupent des demandes d'indemnités d'assurance collective, et ce :

- a) dans les 90 jours qui suivent la date de la perte en ce qui concerne les règlements d'assurance vie
- b) dans les 180 jours qui suivent la fin de la période d'attente pour les demandes de prestations d'invalidité
- c) au cours des 12 mois qui suivent la date où les frais ont été engagés, pour les demandes de règlement au titre de l'assurance complémentaire de frais de soins médicaux, pendant que l'assurance au titre de la police est en vigueur. À la résiliation de l'assurance d'une personne au titre de la présente police, une preuve que des frais ayant été engagés au titre de l'assurance précitée doivent être réglés devra être soumise
 - i) dans les 12 mois qui suivent la date où les frais ont été engagés ou

Versement d'indemnités

- ii) dans les 90 jours qui suivent la date de résiliation de l'assurance si ce délai expire le premier.

Date à laquelle les frais sont engagés

Les frais liés à des services ou fournitures seront réputés avoir été engagés à la date à laquelle le service a été rendu ou la fourniture a été reçue. Si un traitement nécessite de nombreux rendez-vous, les frais sont réputés avoir été engagés à la date à laquelle le traitement est terminé. En ce qui concerne les fournitures qui doivent être commandées, les frais seront réputés avoir été engagés à la date à laquelle les fournitures ont été payées. La Financière Manuvie exige une preuve confirmant que les fournitures ont été reçues.

Preuves subséquentes

Si la Financière Manuvie est en train de verser des indemnités ou de prolonger l'assurance à cause de l'invalidité d'une personne assurée, elle peut exiger des preuves écrites que cette personne reste totalement invalide en vertu des dispositions de ce contrat. Ces preuves seront exigées aussi souvent qu'il est raisonnablement nécessaire.

Examen médical exigé par la Financière Manuvie

La Financière Manuvie se réserve le droit de demander à toute personne au nom de laquelle une demande est présentée au titre du présent contrat de subir une évaluation ou un examen médical, psychiatrique, psychologique, fonctionnel, professionnel par une personne choisie par la Financière Manuvie aussi souvent qu'il est raisonnable de le faire. Aucune indemnité ne sera payable dans les cas où la personne assurée ne subit pas un tel examen médical, sans avoir de raison valable. Lorsqu'une demande de prestations-décès est présentée, la Financière Manuvie peut exiger qu'une autopsie soit pratiquée. La Financière Manuvie utilisera les résultats de l'examen ou de l'autopsie pour déterminer si des prestations sont payables au titre du contrat.

Subrogation

Si une personne assurée subit une blessure ou une perte personnelle pour laquelle elle peut intenter une action en dommages-intérêts contre une tierce partie, la Financière Manuvie subroge cette personne dans ses droits à obtenir des dommages-intérêts dans la mesure où elle peut se voir forcée de verser à cette personne des prestations. Le cas échéant, la Financière Manuvie demandera à la personne assurée de remplir un engagement de remboursement par subrogation. La Financière Manuvie se réserve le droit de suspendre le versement des prestations jusqu'à ce qu'elle reçoive l'engagement dûment rempli.

Dans le cas d'un jugement ou d'un règlement entraînant le versement de dommages-intérêts, la personne assurée devra rembourser à la Financière Manuvie toute prestation payée ou payable. À moins d'en avoir été autrement informé, l'avocat de l'employé doit également représenter les intérêts de la Financière Manuvie dans un tel cas.

Versement d'indemnités

Délai prescrit relatif aux actions en justice

Aucune action en justice ne peut être intentée contre la Financière Manuvie dans les 60 jours qui suivront la production des preuves, conformément aux dispositions précédentes. Les actions ou instances en recouvrement des sommes payables au titre de la présente police intentées contre la Financière Manuvie sont irrecevables sauf si elles sont intentées dans les délais prescrits par la Loi sur les assurances ou toute autre loi applicable.

Coordination des indemnités

La Financière Manuvie coordonnera les indemnités payables au titre de l'assurance-complémentaire de frais de soins médicaux prévue par la police avec celles qui sont payables au titre d'autres régimes couvrant la personne assurée pour la même garantie.

Régimes en coordination

Aux fins de la coordination des indemnités, le terme «régime» désigne :

- a) les autres régimes d'assurance collective
- b) toute autre forme de contrat, assuré ou non (y compris les forfaits dentaires), couvrant les membres d'un groupe, toute police individuelle établie dans le cadre d'un contrat groupe ouvert ou d'un régime conventionnel et
- c) toute assurance-voyage individuelle

Le terme «régime» n'englobe pas l'assurance scolaire ni les régimes provinciaux.

Coordination des règlements

Les indemnités payables en vertu de la présente police seront réduites au besoin de sorte que, dans l'ensemble, tout au plus 100 % des frais admissibles engagés au cours d'une année civile soient remboursés au titre de la présente police et de tous les régimes qui ont préséance en ce qui concerne l'ordre des paiements d'indemnités.

Pour l'application de la présente disposition, les frais admissibles sont ceux qui sont définis dans chacune des polices ou texte du régime, avant que n'entrent en jeu les restrictions comme la franchise, le pourcentage de remboursement et les plafonds. Les frais engagés sont admissibles dans la mesure où il s'agit des honoraires d'usage exigés pour le service fourni.

Ordre de préséance des régimes

L'ordre de préséance des régimes est établi par l'application des règles suivantes aux divers régimes qui couvrent les frais admissibles. Les règles seront appliquées de la première à la dernière jusqu'à ce qu'un ordre soit établi.

- a) Le régime dont le texte ou la police ne renferme aucune disposition quant à la coordination des indemnités est réputé être le régime principal, c'est-à-dire le régime au titre duquel les indemnités seront versées en premier lieu.

Versement d'indemnités

b) Si tous les régimes prévoient une disposition quant à la coordination des indemnités, les règles qui suivent sont appliquées pour la détermination de l'ordre de préséance des régimes. L'ordre est fonction de la situation de la personne par rapport au régime.

i) Employé ou participant

Le régime qui couvre la personne à titre d'employé ou de participant est réputé avoir préséance en matière de paiement sur le régime qui couvre cette personne comme personne à charge.

Si la personne est un employé ou un participant au titre de plus d'un régime, l'ordre suivant s'impose :

- 1) en premier lieu le régime au titre duquel la personne est un employé actif à temps plein,
- 2) en deuxième lieu le régime au titre duquel la personne est un employé actif à temps partiel et enfin
- 3) le régime au titre duquel la personne est retraitée.

ii) Conjoint à charge

Si le conjoint à charge est aussi couvert en tant qu'employé ou participant par un autre régime, les indemnités prévues par cet autre régime sont réputées être versées avant celles du régime qui couvre le conjoint à titre de personne à charge.

Si le conjoint est un employé ou un participant au titre de plus d'un régime, l'ordre de paiement des indemnités est celui qui est décrit sous la section «Employé ou participant» ci-dessus.

iii) Enfant à charge

Si un enfant à charge est couvert au titre de plus d'un régime, le régime principal est réputé être le régime du parent dont la date de naissance tombe la première au cours de l'année civile. Si l'anniversaire de naissance des deux parents coïncide, le régime du parent dont le prénom commence par la plus basse lettre de l'alphabet est réputé être le régime principal.

Cependant, lorsque les parents de l'enfant à charge sont séparés ou divorcés, l'ordre suivant s'impose :

- 1) en premier lieu le régime du parent ayant la garde de l'enfant,
- 2) en deuxième lieu le régime du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant,
- 3) en troisième lieu le régime du parent n'ayant pas la garde de l'enfant et enfin
- 4) le régime du conjoint du parent n'ayant pas la garde de l'enfant.

Lorsque les deux parents divorcés ou séparés partagent la garde de l'enfant (garde partagée), le régime principal est réputé être le régime du parent dont la date de naissance (jour/mois) tombe la première au cours de l'année civile. Si l'anniversaire de naissance des deux parents coïncide, le régime du parent dont le prénom commence par la plus basse lettre de l'alphabet est réputé être le régime principal.

Versement d'indemnités

- c) Pour les accidents dentaires, les régimes d'assurance complémentaire de frais de soins médicaux prévoyant une garantie en cas d'accident dentaire ont préséance sur les régimes d'assurance de frais dentaires ordinaires.
- d) Si les règles précédentes ne permettent pas d'établir l'ordre de préséance des régimes, les indemnités seront calculées de façon proportionnelle entre les divers régimes par rapport aux sommes qui auraient été versées au titre de chaque régime, comme s'il s'était agi de l'unique régime.

Règles spéciales

La Financière Manuvie appliquera les règles suivantes lorsqu'elle coordonnera les indemnités payables en vertu de la présente police d'assurance.

- a) Si une personne ne demande pas les prestations auxquelles elle devrait avoir droit en vertu d'un autre régime, la Financière Manuvie estimera le montant desdites prestations et calculera ses indemnités en supposant que la personne reçoit effectivement les prestations en question.
- b) Si seulement une partie du régime prévoit la coordination des indemnités, cette partie sera considérée comme un régime distinct de la partie qui ne prévoit pas de coordination.
- c) La présente police d'assurance sera considérée comme un régime pour l'application des règles qui servent à établir un ordre de paiement des indemnités.
- d) Dans le cas où des indemnités prévues par un régime sont accordées sous forme d'un service plutôt que sous forme de versements au comptant, la valeur raisonnable et habituelle du service rendu sera considérée comme le montant des frais admissibles et de l'indemnité payée.
- e) Si la personne est également couverte au titre d'une assurance-voyage individuelle, la coordination des prestations se fera conformément aux directives fournies par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

Administration de cette disposition

La Financière Manuvie est en droit de fournir ou obtenir de toute autre compagnie d'assurance, de toute personne ou établissement, les renseignements nécessaires à l'administration de la disposition «Coordination des indemnités» en vertu de la présente police d'assurance. La Financière Manuvie aura le droit de recouvrer tout paiement dépassant le montant payable, tel que déterminé conformément à cette disposition.

Administration de la police d'assurance

Méthode d'administration

La présente police d'assurance doit être administrée conformément aux directives de la Financière Manuvie.

Exigences touchant la participation

100 % des employés admissibles doivent être assurés en tout temps en vertu de cette police d'assurance. De plus, un minimum de 20 employé(s) doivent être assurés à tout moment.

Si un employé bénéficie de garanties similaires en vertu du régime de son conjoint, il peut signer une carte de renonciation à ces garanties qui ne sont pas requises en vertu de la présente police. Les employés qui soumettent une telle carte ne seront pas compris dans le total des employés admissibles aux fins des exigences touchant la participation.

Toutes les personnes à charge admissibles doivent être assurées en vertu de la présente police sauf si elles sont couvertes en vertu d'un autre régime d'assurance comportant des garanties similaires. En pareil cas, l'employé doit aussi soumettre un avis de renonciation à l'assurance pour personnes à charge dûment signé pour que celle-ci puisse faire l'objet d'une renonciation ou d'une résiliation. La renonciation ou la résiliation entrera en vigueur à la date à laquelle tel avis sera reçu.

Lorsque la participation est obligatoire, les employés n'ayant pas soumis un avis de renonciation dûment signé, tel qu'il est indiqué ci-dessus, seront couverts à partir de la date à laquelle ils sont à l'origine devenus admissibles à l'assurance.

Avis à l'égard de nouveaux employés

Le titulaire de la police doit fournir aux employés admissibles les détails sur l'assurance, et informer la Financière Manuvie du nom de tout nouvel employé lorsqu'il devient admissible à l'assurance.

Avis de fin de participation

Le titulaire de la police doit informer la Financière Manuvie de l'annulation de l'assurance sur la tête d'un employé au plus tard à la date à laquelle l'assurance prend fin. De plus, il incombe au titulaire de récupérer chaque carte-médicaments établie aux termes de la présente police. Si la Financière Manuvie reçoit en retard l'avis de fin de participation, ou si une carte médicaments n'a pas été récupérée par le titulaire de la police, le titulaire devra rembourser tout paiement effectué à l'employé ou tout montant versé pour couvrir des frais de produits pharmaceutiques, si ce paiement n'était pas exigible aux termes de la police et si la Financière Manuvie ne peut le recouvrer de cet employé.

Pratiques uniformes

Le titulaire de la police doit choisir et gérer de façon uniforme les options qui s'offrent à lui afin que cela ne porte préjudice à aucun employé.

Droit de vérification

La Financière Manuvie aura le droit, aussi souvent qu'elle peut raisonnablement le justifier, de vérifier les livres et les registres du titulaire de la police, ou de toute personne ou organisation qui peuvent influencer sur l'assurance en vigueur en vertu de la présente police. La Financière Manuvie peut exiger une preuve de l'âge de toute personne assurée.

Erreurs d'écriture et déclarations erronées

Une erreur d'écriture est une faute commise au moment de l'enregistrement ou de la transcription de données. Une erreur d'écriture de la part du titulaire de la police ou de la Financière Manuvie ne rendra pas nulle une assurance qui autrement serait en vigueur ni n'aura pour effet de maintenir en vigueur une assurance qui autrement serait arrivée à échéance conformément aux dispositions de la présente police.

S'il y a eu déclaration erronée de l'âge d'une personne assurée, l'âge réel de la personne servira à déterminer :

- a) la date d'effet ou la date d'annulation de l'assurance;
- b) le montant de l'assurance; et
- c) tout autre droit ou garantie prévus par la police d'assurance.

La Financière Manuvie changera le montant d'assurance en vigueur dans le cas d'une erreur d'écriture ou d'une déclaration erronée de l'âge.

Le rajustement de prime sera effectué à une date d'échéance de prime subséquente pour tenir compte du rajustement d'assurance.

Cotisations de l'employé

La Financière Manuvie n'est pas responsable de la perception des cotisations d'un employé qui sont nécessaires en vue d'obtenir une assurance en vertu de cette police. Toutefois, le titulaire de la police d'assurance ne peut exiger aucune cotisation d'un employé par rapport à une modalité d'assurance quelconque qui fait l'objet de l'exonération du paiement de la prime.

Livrets

À moins d'entente contraire intervenue entre la Financière Manuvie et le titulaire de la police, la Financière Manuvie fournira un livret à chaque employé assuré en vertu de la présente police d'assurance. Le livret traitera des principales caractéristiques de l'assurance et précisera à qui les indemnités sont payables. Ces livrets seront envoyés au titulaire de la police d'assurance qui les remettra ensuite aux employés.

La possession du livret des garanties ne confère pas à l'employé le droit à l'assurance au titre de la présente police. La police doit être en vigueur et l'employé doit répondre à tous les critères d'admissibilité de la police. Le livret ne constitue pas un contrat d'assurance ni ne crée ou confère de droits contractuels ou autres. Les dispositions de la présente police d'assurance l'emportent sur toute disposition énoncée ou sous-entendue dans un livret qui est en contradiction avec elles.

Administration de la police d'assurance

Le titulaire de la police qui remet à l'employé un livret qui n'a pas été approuvé par la Financière Manuvie s'engage à rembourser à cette dernière toute prestation, accrue des frais de gestion et autres frais, versée en trop en raison de l'inexactitude ou de l'insuffisance des renseignements contenus dans le livret.

Désignation d'un bénéficiaire

L'employé peut nommer un bénéficiaire, sous réserve des prescriptions légales, lorsqu'il demande l'assurance collective en vertu de cette police. Il peut le faire en envoyant un avis par écrit conformément aux directives fournies par la Financière Manuvie. L'employé peut changer de bénéficiaire, sous réserve des prescriptions légales, en faisant parvenir un avis écrit, conformément aux directives fournies par la Financière Manuvie. Une fois que la Financière Manuvie a reçu cet avis, le changement entrera en vigueur à la date à laquelle l'employé aura signé l'avis et ce, relativement à tout paiement fait après que l'avis aura été reçu.

La Financière Manuvie n'accepte les désignations de bénéficiaire qu'à l'égard de l'assurance vie du salarié.

Paiement des primes

Date d'échéance de la prime

La première prime est exigible à la date d'entrée en vigueur de l'assurance et les primes subséquentes sont payables le premier jour de chaque mois. Les primes doivent être acquittées par le titulaire de la police d'assurance et adressées au siège social de la Financière Manuvie, Affaires canadiennes, ou à n'importe lequel de ses bureaux régionaux.

Montant de la prime

Le montant de la prime que doit verser le titulaire de la police d'assurance à chaque date d'échéance correspond au total des montants payables relatifs à chaque personne assurée à cette date, y compris tout rajustement de prime fait avec effet rétroactif.

Délai de grâce

Après le paiement de la première prime, il est accordé un délai de grâce de 45 jours pour le paiement de toutes les primes. Si la prime est versée pendant le délai de grâce, l'assurance au titre de la police est maintenue en vigueur. Toutefois, si la prime n'est pas payée durant cette période, la Financière Manuvie se réserve le droit de prendre les mesures suivantes :

- a) Imposer des frais de retard.
- b) Suspendre le règlement des sinistres survenus après le délai de grâce jusqu'au paiement intégral des sommes dues à la Financière Manuvie.
- c) Résilier de plein droit l'assurance.

Prime pour chaque personne assurée

Le montant payable relatif à toute personne assurée sera déterminé selon les modalités d'assurance pour lesquelles cette personne est assurée et les taux de prime qui seront alors applicables à ces modalités d'assurance.

Taux de prime

La Financière Manuvie se réserve le droit d'établir de nouveaux taux de prime :

- a) à toute échéance de prime après le premier renouvellement, sous réserve d'une fois par année d'assurance;
- b) lors d'une modification du contrat effectuée à la demande du titulaire;
- c) lors d'une modification ou à la résiliation de tout autre régime prévoyant des garanties qui ont pour effet de limiter les prestations payables en vertu du présent contrat;
- d) en tout temps après l'entrée en vigueur de toute législation provinciale ou fédérale modifiant :
 - i) l'obligation des assureurs de fournir des garanties en vertu du présent contrat; ou
 - ii) l'imposition des primes ou des prestations.

Paiement des primes

- e) à l'égard d'un contrat qui couvre les frais médicaux, dentaires, pharmaceutiques et hospitaliers lorsque les sommes payables en vertu du régime sont touchées par une modification apportée :
 - i) aux coûts de séjour à l'hôpital;
 - ii) aux régimes provinciaux couvrant les soins médicaux, dentaires, pharmaceutiques ou hospitaliers;
 - iii) au Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques;
 - iv) aux tarifs des actes bucco-dentaires.

Paiement de la prime réputé constituer une acceptation

Le montant affecté au paiement de la première prime exigible à partir de la date d'entrée en vigueur d'une modification ou d'un changement de taux de prime est réputé constituer l'acceptation de la modification ou du changement de taux de prime ainsi que de toutes les dispositions se rapportant à ce changement. Toutes ces dispositions sont réputées faire partie de la présente police.

Rajustement de prime

Un rajustement de prime sera effectué pour chacun des changements suivants apportés au montant de l'assurance en vigueur en vertu de cette police d'assurance :

- a) changements par suite de la modification de la police d'assurance;
- b) changements rétroactifs destinés à corriger les effets d'une erreur d'écriture ou d'une déclaration d'âge inexacte;
- c) changements avec effet rétroactif nécessaires en raison d'une déclaration tardive de l'ajout ou du retrait de certains employés; et
- d) tout autre changement qui entre en vigueur plus d'un mois avant la date d'échéance de la prime suivante.

Les rajustements avec effet rétroactif qui entraînent un crédit au nom du titulaire de police portent sur le nombre de mois complets écoulés depuis la date du dernier renouvellement, sous réserve d'un maximum de 6 mois. Toutefois, cela n'influera aucunement sur la date d'entrée en vigueur réelle de la résiliation ou de la réduction de la couverture d'un employé.

Prime payable à l'annulation de la police

Le titulaire de la police d'assurance demeurera responsable de toute prime exigible et non versée à la date de l'annulation de la présente police d'assurance. Si la date d'annulation n'est pas une date d'échéance de la prime, la dernière prime sera réduite pour refléter le montant exigible jusqu'à la date d'annulation de l'assurance.

La police d'assurance

Intégralité de la police

La présente police d'assurance, la proposition d'assurance collective du titulaire de la police, les demandes d'assurance individuelle des employés, et tout document s'appuyant ou influant sur les renseignements ou les effets d'une telle proposition ou demande constituent le contrat intégral. Une copie de la proposition d'assurance collective du titulaire de la police est annexée à cette police d'assurance.

S'il y avait divergence entre des versions de la police, la version la plus récente publiée par Manuvie aurait préséance.

Seul un représentant autorisé de Manuvie peut apporter une modification à la police.

Modifications

Aucune clause de la présente police ne peut être supprimée ni modifiée, sauf si le changement est effectué par écrit et signé par un représentant autorisé de la Financière Manuvie.

Annulation de la police d'assurance

Le titulaire de police peut résilier la présente police en donnant un avis par écrit à la Financière Manuvie à cet effet. La police sera résiliée à la plus éloignée des dates suivantes :

- a) la date où le siège social de la Financière Manuvie recevra cet avis;
- b) la fin de la période à l'égard de laquelle les primes ont été réglées; et
- c) la date précisée par le titulaire de police.

La Financière Manuvie est en droit de résilier la présente police ou une garantie s'y rattachant si :

- a) le nombre d'employés assurés ou
- b) le pourcentage d'employés assurés

est inférieur au minimum de participation requise tel qu'indiqué au Tableau des garanties collectives.

La Financière Manuvie peut aussi résilier la présente police ou toute garantie au titre de la présente police à tout anniversaire d'assurance ou à toute date de renouvellement de la police, moyennant un préavis écrit de 45 jours au titulaire.

La Financière Manuvie se réserve le droit de résilier la présente police, si la prime reste impayée à l'expiration du délai de grâce.

Il incombe au titulaire de la police d'informer les employés de l'annulation de la police.

Contestation de la police d'assurance

Sauf en cas de dol, la validité de cette police d'assurance ne pourra pas être contestée si celle-ci a été en vigueur au cours des deux années suivant son établissement et si toutes les primes exigibles ont été versées pendant cette période.

Contestation de l'assurance d'une personne

Sauf en cas de dol, aucune déclaration ayant trait à l'assurabilité d'une personne ne peut être utilisée pour contester la validité de l'assurance d'une personne si cette assurance a été en vigueur pendant deux ans du vivant de cette personne.

Cession de l'assurance

Les droits et intérêts garantis à un employé au titre de la présente police ne sont pas cessibles.

Non-participation

La présente police ne confère aucun droit de participation aux excédents distribués par la Financière Manuvie.

Genre

Dans la présente police, chaque fois que le contexte l'exige, l'emploi du genre masculin englobe également le genre féminin.

Monnaie de paiement

La Financière Manuvie fera et recevra tous les paiements au titre de la présente police d'assurance en monnaie canadienne.

Conformité à la loi

Si une disposition de cette police d'assurance n'est pas conforme à une loi à laquelle elle est assujettie, cette disposition sera réputée être conforme aux exigences minimales de cette loi.

Administration

La Financière Manuvie peut, à son entière discrétion, adopter les pratiques administratives qui lui semblent raisonnablement nécessaires à la prestation des services au titre du contrat.

Garantie Médicaments et services pharmaceutiques des personnes assurées domiciliées au Québec

Conformément aux exigences de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec (L.R.Q., c. A-29-01) et de la Loi sur l'assurance maladie, et de leurs règlements (ci-après appelés collectivement la « réglementation »), la garantie Médicaments que prévoit le présent contrat à l'intention des personnes assurées domiciliées au Québec est administrée selon le présent Addenda.

Si une clause du contrat ou du présent Addenda va en totalité ou en partie à l'encontre de la réglementation ou de toute autre loi ou règlement la remplaçant, la clause ou la partie de la clause en question est réputée être modifiée pour être conforme aux exigences minimales des lois et règlements alors applicables.

Frais couverts

Les frais suivants sont couverts :

- a) médicaments figurant sur la Liste des médicaments publiée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (Liste de la RAMQ) au moment où les frais sont engagés,
- b) services pharmaceutiques couverts qui doivent être payés lorsque le médicament figure sur la Liste de la RAMQ, et
- c) médicaments faisant partie des frais couverts par le présent contrat, mais ne figurant pas sur la Liste de la RAMQ.

Couverture des médicaments figurant sur la Liste de médicaments publiée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (Liste de la RAMQ) et services pharmaceutiques offerts aux personnes assurées des régimes privés

Les clauses suivantes s'appliquent aux médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ et aux services pharmaceutiques offerts aux personnes assurées des régimes privés indiqués dans la Loi sur l'assurance médicaments et la Loi sur l'assurance maladie pour les médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ. Les clauses stipulées dans le contrat s'appliquent à tous les autres médicaments couverts.

- Pourcentage remboursable par la Financière Manuvie

Si le montant de la contribution maximale annuelle n'a pas été atteint, la prestation payable au titre du contrat est calculée conformément à ce qui suit :

- a) Si les médicaments figurent sur la Liste de la RAMQ et ne sont normalement pas remboursables au titre du contrat, le pourcentage de remboursement est celui qui est prescrit par la réglementation alors applicable.
- b) Si les services pharmaceutiques prescrits par la réglementation ne sont pas remboursables au titre du contrat, le pourcentage de remboursement est celui qui est prescrit par la réglementation alors applicable.

Addenda - Contrat

- c) Si les médicaments figurent sur la Liste de la RAMQ et sont également couverts au titre du contrat, les frais sont remboursés selon :
 - i) le pourcentage précisé au titre du contrat, ou
 - ii) le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable, si celui-ci est plus élevé.

Lorsque la contribution annuelle maximale est atteinte, le pourcentage de remboursement des frais couverts au titre du contrat est de 100 %.

- Contribution maximale annuelle

La contribution maximale annuelle est la partie des frais des médicaments ou des services pharmaceutiques couverts que la personne assurée doit payer au cours d'une année civile, avant que le pourcentage de remboursement au titre du contrat soit de 100 %. Les sommes affectées à ce maximum sont les suivantes :

- a) le montant de la franchise;
- b) la partie des frais de médicaments couverts que la personne assurée doit payer, lorsque le pourcentage de remboursement prévu par le contrat est inférieur à 100 %.
- c) les services pharmaceutiques couverts qui sont rendus par les pharmaciens pour des médicaments figurant sur la Liste de médicaments de la RAMQ.

La contribution maximale annuelle de l'employé et de son conjoint est stipulée dans la réglementation et comprend la partie des frais de médicaments couverts et de services pharmaceutiques couverts liés à un médicament figurant sur la Liste de la RAMQ payée à l'égard des enfants à charge.

Aux fins du calcul de la contribution maximale annuelle pour l'employé et son conjoint, la partie des frais de médicaments et de services pharmaceutiques couverts acquittés à l'égard des enfants à charge s'ajoute aux frais de la personne dont la contribution se rapproche le plus du maximum.

- Franchise

Le montant de la franchise précisé dans le contrat, s'il y a lieu, s'applique, jusqu'à ce que la personne ait atteint la contribution maximale annuelle. Par la suite, la franchise ne s'applique pas.

- Maximum la vie durant

Le maximum la vie durant précisé dans le contrat, s'il y a lieu, ne s'applique pas aux médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ ni aux services pharmaceutiques couverts. Les conditions ci-dessous s'appliquent à la couverture des médicaments et des services pharmaceutiques lorsque le maximum la vie durant précisé dans le contrat est atteint :

- a) Seuls sont couverts les médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ.
- b) Seuls sont couverts les services pharmaceutiques rendus à l'égard des médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ.
- c) Le pourcentage de remboursement des frais couverts par la Financière Manuvie est le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable.

Addenda - Contrat

- Enfants à charge admissibles

Les enfants à charge admissibles qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement reconnu sont couverts jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge suivant :

- a) l'âge stipulé dans le contrat, ou
- b) 26 ans, si cet âge est plus élevé.

Les conditions ci-dessous s'appliquent à la couverture des médicaments et des services pharmaceutiques des enfants à charge ayant atteint l'âge limite précisé dans le contrat :

- a) Seuls sont couverts les médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ.
- b) Seuls sont couverts les services pharmaceutiques rendus à l'égard des médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ.
- c) Le pourcentage de remboursement des frais couverts par la Financière Manuvie est le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable.

- Cessation de la couverture en raison de l'âge, dans le cas de la garantie Médicaments et services pharmaceutiques

À condition que la personne soit admissible à l'assurance-médicaments prévue par le contrat, la cessation de la couverture en raison de l'âge précisé dans le contrat, s'il y a lieu, ne s'applique pas. Les conditions ci-dessous s'appliquent à la couverture médicaments des participants ayant atteint l'âge de cessation de la couverture précisé dans le contrat :

- a) Seuls sont couverts les médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ.
- b) Seuls sont couverts les services pharmaceutiques rendus à l'égard des médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ.
- c) Le pourcentage de remboursement des frais couverts par la Financière Manuvie est le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable.
- d) La contribution maximale annuelle est celle qui est stipulée dans la réglementation alors applicable.
- e) La prime exigée pour la couverture médicaments est celle de l'Assurance complémentaire de frais de soins médicaux.

- Maintien de la couverture - Arrêts de travail concertés

En cas de grève, de lock-out ou d'autres arrêts de travail concertés, la couverture est maintenue pendant :

- a) la période précisée dans le contrat, s'il y a lieu, ou
- b) 30 jours, si cette période est plus longue.

La couverture est maintenue sous réserve du paiement des primes.

Couverture des médicaments figurant sur la liste des frais couverts par le présent contrat, mais non sur la Liste de la RAMQ

Toutes les clauses précisées dans le contrat s'appliquent aux médicaments couverts par ce dernier mais ne figurant pas sur la Liste de la RAMQ.

Droit de transformation relatif à l'assurance vie des personnes assurées qui sont domiciliées au Québec

Conformément au Règlement d'application de la Loi sur les assurances du Québec (le Règlement) (articles 62, 63, 66), au titre du droit de transformation relatif à l'assurance vie des personnes assurées qui sont domiciliées au Québec, les clauses relatives à la couverture des personnes à charge, aux montants minimal et maximal ainsi qu'au décès survenant durant la période de transformation sont administrées selon le présent addenda.

Si une clause de la police ou de l'addenda va en totalité ou en partie à l'encontre du Règlement ou de toute autre loi ou règlement la remplaçant, la clause ou la partie de la clause en question est réputée être modifiée pour être conforme aux exigences minimales des lois et des règlements applicables.

Transformation de la couverture des personnes à charge

Si l'assurance vie du salarié au titre de la présente police prend fin et, conséquemment, celle d'une personne à sa charge, le salarié peut maintenir la totalité ou une partie de l'assurance de cette personne en la transformant en assurance individuelle, sous réserve des conditions qui s'appliquent au salarié.

Montants minimal et maximal

Dans le cas d'une personne domiciliée au Québec bénéficiant d'une assurance collective, le montant minimal d'assurance vie pouvant être transformé est le suivant :

- a) 10 000 \$ pour les salariés,
- b) 5 000 \$ pour le conjoint ou les personnes à la charge du salarié.

Dans le cas d'une personne domiciliée au Québec bénéficiant d'une assurance collective, le montant maximal d'assurance vie pouvant être transformé est le moins élevé des montants suivants :

- a) 400 000 \$,
- b) le montant d'assurance qui a pris fin, moins le montant de toute autre police d'assurance collective de remplacement dans les 31 jours suivant la cessation de l'assurance, le cas échéant.

Décès survenant durant la période de transformation

Si la personne décède dans les 31 jours suivant la date à laquelle son assurance collective a pris fin, la Financière Manuvie verse, sur réception des pièces justificatives, le montant de couverture qui était en vigueur au titre de l'assurance qui a pris fin. Ce montant est versé même si la personne n'a pas présenté de demande de transformation. Si la personne a souscrit une assurance individuelle, toute prime acquittée est remboursée.