



Votre régime
d'assurance
collective

A. LASSONDE INC.

Mondiv; Division de Spécialités Lassonde

- Catégorie 181 -

**Employés autres que ceux de bureau,
Haute Direction et Gérants**

**Police n° 300 056-2 et
régime de prévoyance n° 340 056-2**



Desjardins
Sécurité financière™

Conjuguer avoirs et êtres

Vie, santé, retraite

Votre régime d'assurance collective

A. LASSONDE INC.

Mondiv; Division de Spécialités Lassonde

- Catégorie 181 –

**Employés autres que ceux de bureau,
Haute Direction et Gérants**

**Police n° 300 056-2 et
régime de prévoyance n° 340 056-2**

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de votre police d'assurance collective qui a pris effet le 1^{er} février 1992. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

La description des garanties qui ne sont pas assurées par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (ci-après appelée Desjardins Sécurité financière) est incluse dans cette brochure à titre de référence et de commodité uniquement. Le fait d'inclure cette information n'engage aucune responsabilité de Desjardins Sécurité financière face à ces garanties.

Cette version électronique de la brochure a été mise à jour le 1^{er} novembre 2011. Veuillez prendre note que cette version électronique est mise à jour plus régulièrement que la version imprimée de votre brochure. Des divergences peuvent donc apparaître entre les deux documents.

TABLE DES MATIÈRES

TABLEAU DES GARANTIES	1
GARANTIES AUTOFINANCÉES	6
DÉFINITIONS	12
ADMISSIBILITÉ	16
PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE	17
CESSATION DE L'ASSURANCE	19
DEMANDES DE PRESTATIONS	20
ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT	21
ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	25
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT ET DES PERSONNES À CHARGE DE L'ADHÉRENT	27
GARANTIES AUTOFINANCÉES	29
MALADIE COMPLÉMENTAIRE	30
SOINS DENTAIRES	47
CENTRE D'APPEL	54

TABLEAU DES GARANTIES

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Conditions d'admissibilité

**Nombre d'heures
travaillées par
semaine :**

Un minimum de 20 heures par semaine.

Délai d'admissibilité :

Aucun

GARANTIE D'ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT

Montant d'assurance	Une fois le revenu annuel, ce produit étant arrondi au prochain multiple de 1 000 \$ (s'il n'en est pas déjà un), jusqu'à concurrence de 100 000 \$.
Âge limite :	Le 70 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite, selon la première éventualité.

GARANTIE D'ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Montant d'assurance	Conjoint	10 000 \$
	Chaque enfant	5 000 \$

Début de l'assurance du nouveau-né : Dès la naissance.

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

GARANTIE D'ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT ET DES PERSONNES À CHARGE DE L'ADHÉRENT

Montant d'assurance:

Adhérent :

Tout montant d'assurance par tranches de 10 000 \$ minimum 20 000 \$ et jusqu'à concurrence de 500 000 \$.

Conjoint :

Tout montant d'assurance par tranches de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 500 000 \$.

Enfants :

10 000 \$

Preuves d'assurabilité :

Des preuves d'assurabilité seront exigées pour tout montant d'assurance facultative.

Âge limite :

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

GARANTIE D'ASSURANCE VOYAGE ASSISTANCE

**Frais engagés en
dehors de la province
(urgence), Voyage
Assistance :**

Jusqu'à concurrence d'un montant viager de 5 000 000 \$ par personne assurée (maximum combiné avec les frais hors de la province – Cas d'urgence du régime de prévoyance collective 340056-2)

GARANTIES AUTOFINANCÉES

MALADIE COMPLÉMENTAIRE

La GARANTIE MALADIE COMPLÉMENTAIRE est autofinancée par A. Lassonde inc. pour ses employés et administrée par Desjardins Sécurité financière

Franchise

Ticket modérateur pour les médicaments: 2 \$ par prescription

Pour les soins hospitaliers admissibles dans la province de résidence : Aucune

Pour les frais engagés en dehors de la province (urgence) : Aucune

Pour les examens de la vue : Aucune

Pour tous les autres frais admissibles : 25 \$ par protection individuelle ou 50 \$ par protection familiale par année civile.

Pourcentage de remboursement

Pour les soins hospitaliers admissibles dans la province de résidence : 100 %

Pour les médicaments : 80 %

Pour les examens de la vue : 100 %

Pour les frais engagés en dehors de la province (malade dirigé) : 80 %

Pour les frais engagés en dehors de la province (urgence) : 100 %

Pour les cures de désintoxication 50 %

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

Limites des frais admissibles

**Soins hospitaliers de
courte durée dans la
province de résidence :**

Le coût d'une chambre à deux lits (semi-privée) pour chaque jour d'hospitalisation, sans limites quant au nombre de jours.

**Soins hospitaliers de
longue durée dans la
province de résidence :**

• **Maison de
convalescence ou
de réadaptation :**

Jusqu'à concurrence d'un montant payable de 20 \$ par jour et d'un maximum combiné de 120 jours par période d'hospitalisation.

Médicaments : Illimité

Soins infirmiers : Jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 10 000 \$ par année civile par personne couverte

Soins paramédicaux : Jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 350 \$ par année civile par personne couverte pour chacun des spécialistes indiqués ci-après :

- Acupuncteur
- audiologiste ou thérapeute de l'ouïe*
- chiropraticien
- diététiste
- masseur, massothérapeute, orthothérapeute, kinésithérapeute ou kinothérapeute*
- naturopathe
- orthophoniste ou thérapeute de la parole*
- ostéopathe
- physiothérapeute, physiatre, thérapeute en réadaptation physique ou thérapeute du sport*
- podiatre ou podologue*
- psychologue
- travailleur social

* Le maximum indiqué s'applique à l'ensemble des frais engagés auprès de l'un ou l'autre des spécialistes de la catégorie.

Les frais engagés pour des techniques d'imagerie utilisées par un chiropraticien, un ostéopathe, un podiatre ou un podologue sont couverts, jusqu'à concurrence de 50 \$ de frais admissibles par année civile par personne couverte pour chacune des spécialités.

Prothèses auditives : Jusqu'à concurrence de 500 \$ de frais admissible par période de 5 années consécutives par personne couverte

Prothèses mammaires : Jusqu'à concurrence de 2 par année civile par personne couverte

Prothèse capillaire : Jusqu'à concurrence de maximum viager de 200 \$ de frais admissibles par personne couverte

Chaussures orthopédiques : Jusqu'à concurrence de 200 \$ de frais admissibles par année civile par personne couverte

Orthèses podiatriques ou support plantaires : Jusqu'à concurrence de 200 \$ de frais admissibles par année civile par personne couverte

Bas de soutien : Jusqu'à concurrence de 500 \$ de frais admissibles par année civile par personne couverte

Examens de la vue : Jusqu'à concurrence de 75 \$ de frais payables pour toute période de 24 mois consécutifs dans le cas des adultes et de 12 mois consécutifs dans le cas des enfants de moins de 18 ans par personne couverte

Neurostimulateur T.E.N.S. : Jusqu'à concurrence de 700 \$ viager par personne couverte

Pompe à insuline : Incluse dans le maximum des autres équipements thérapeutiques

Fauteuil roulant conventionnel Jusqu'à concurrence de 1 500 \$ viager, par personne couverte

Services diagnostiques : Jusqu'à concurrence de 1 500 \$ de frais admissibles par année civile, par personne couverte

Traitement de l'infertilité :	Jusqu'à concurrence d'un montant payable viager de 4 000 \$ par personne couverte, incluant les médicaments
Cure de désintoxication :	Jusqu'à concurrence d'un montant viager de 4 000 \$ de frais admissibles par personne couverte
Malade dirigé :	Jusqu'à concurrence d'un montant viager de 15 000 \$ de frais admissibles par personne couverte
Frais engagés en dehors de la province (urgence) et Voyage Assistance :	Jusqu'à concurrence d'un montant viager de 5 000 000 \$ par personne couverte (maximum combiné avec Voyage Assistance du contrat d'assurance collective 300056-2)

Cette protection inclut une carte de paiement de médicament (Paiement direct)

Âge limite : La date de la retraite.

SOINS DENTAIRES

La GARANTIE SOINS DENTAIRES est autofinancée par A. Lassonde inc. pour ses employés et administrée par Desjardins Sécurité financière

Franchise 25 \$ par protection individuelle ou 50 \$ par protection familiale par année civile.

Pourcentage de remboursement

Soins de base et prévention : 80 %

Soins de restauration mineure : 80 %

Endodontie, périodontie et chirurgie buccale : 80 %

Soins de restauration majeure : 50 %

Prestations maximales : Jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 500 \$ par année civile par personne couverte pour l'ensemble des services suivants: Soins de base, prévention, restauration mineure, endodontie, périodontie et chirurgie buccale.

Jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 500 \$ par année civile par personne couverte pour l'ensemble des soins de restauration majeure.

Toutefois, si un employé avait soumis, pour lui ou ses personnes à charge, en vertu de cette couverture, une demande d'adhésion plus de 31 jours après la date de son admissibilité, le montant maximum que Desjardins Sécurité financière paiera concernant les frais dentaires admissibles sera de 250,00 \$ par personne couverte pour les 12 premiers mois de couverture.

Fréquence : Pour examens de rappel tous les : 5 mois

Pour polissage, détartrage et application de fluorure tous les : 6 mois

Limitations : Les frais pour restaurations en composite sont remboursables pour les dents antérieures ainsi que pour les dents postérieures.

**Année du guide des
tarifs dentaires :**

Courante

Incluant la carte de paiement ou l'échange électronique de données (EDI)

Âge limite :

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

DÉFINITIONS

Dans le cadre du contrat :

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

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

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

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

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

Pour les résidents du Québec, conjoint désigne toute personne admissible qui réside au Canada et qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations :

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

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

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

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

Pour les résidents des provinces autres que le Québec, conjoint désigne une personne qui réside au Canada et qui est :

- 1) le conjoint légal de l'adhérent en vertu d'un mariage religieux ou civil; ou
- 2) le conjoint de fait de l'adhérent avec lequel l'adhérent vit conjugalement depuis au moins 12 mois.

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

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

Employé désigne la personne au service de l'employeur, au travail actif à temps plein sur une base permanente, selon le nombre d'heure minimal travaillées par semaine indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Employé surnuméraire désigne l'employé qui ne répond pas à la définition d'employé de la police mais qui répond à une des définitions incluses dans les conventions collectives.

Employé retraité désigne la personne dont l'emploi est terminé et qui est considéré comme retraité par l'employeur.

Employeur désigne Industries Lassonde inc. ou toute société inscrite dans la section CATÉGORIES ET DIVISIONS du contrat.

Pour un adhérent qui réside au Québec, enfant à charge désigne l'enfant qui :

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

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

Pour un adhérent qui réside dans une province autre que le Québec, enfant à charge désigne l'enfant qui :

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

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

Hôpital désigne tout hôpital ou centre hospitalier que la loi reconnaît comme tel, dont le but principal est de soigner les personnes malades ou blessées, qui est doté d'installations de diagnostic et de chirurgie majeure et qui dispense des soins infirmiers 24 heures par jour. Cependant, les maisons de santé, les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les maisons de repos, les maisons de convalescence ou les établissements qui dispensent des soins aux alcooliques ou aux toxicomanes ne sont pas compris, sauf dans des cas particuliers.

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

Personne à charge désigne le conjoint ou un enfant qui est domicilié au Canada. Toutefois, si une personne à charge est domiciliée en dehors du Canada, celle-ci peut être considérée comme étant domiciliée au Canada à condition qu'elle soit couverte par un régime provincial de soins médicaux et que l'assureur donnât son autorisation écrite au préalable.

Régime désigne les garanties indemnité hebdomadaire, maladie complémentaire et soins dentaires de Les Industries Lassonde.

Revenu désigne le taux de rémunération de base de l'employé, qui lui est versée par l'employeur, à l'exclusion des primes, des heures supplémentaires et de toute rémunération supplémentaire.

Dans le cas d'un employé dont la rémunération provient en totalité ou en partie de commissions, revenu désigne le taux de rémunération de base moyen de l'employé versée par l'employeur, y compris les commissions indiquées sur les feuillets d'impôt T4 et T4A de l'employé au cours des deux années civiles précédentes. Si l'employé compte moins de deux années de service mais une année et plus, une moyenne des revenus sera établie selon la durée du service. Si l'employé compte moins d'une année de service, le revenu désigne le taux de rémunération de base de l'employé déclaré par l'employeur. Dans tous les cas décrits ci-dessus, les primes, les heures supplémentaires et toute rémunération supplémentaire sont exclues.

Toutefois, en ce qui concerne la garantie d'assurance indemnité hebdomadaire qui est enregistrable aux fins de la réduction des cotisations d'assurance chômage, les primes, les heures supplémentaires ou toute rémunération supplémentaire reçues sur une base régulière et déclarées à l'assureur feront partie du revenu calculé.

ADMISSIBILITÉ

ADMISSIBILITÉ DES EMPLOYÉS

Un employé devient admissible à l'assurance :

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

ADMISSIBILITÉ DES PERSONNES À CHARGE

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

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

REMISE EN VIGUEUR

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

DOUBLE COUVERTURE

L'employé ne peut être couvert en tant que personne à charge à moins que le mari et la femme ne soient tous deux employés; l'un des deux employés peut alors être couvert en tant que personne à charge de l'autre employé. Toutefois, l'employé couvert à titre de personne à charge doit être assuré en tant qu'employé pour ce qui est des garanties qui ne sont fournies qu'aux employés.

Un employé peut refuser d'être couvert en vertu des couvertures de maladie complémentaire et soins dentaires s'il est couvert à titre de personne à charge en vertu d'un autre régime d'assurance collective semblable. Toutefois, si l'on met fin à l'autre régime ou si le conjoint ne fait plus partie d'une catégorie admissible, l'employé peut, à compter de la date de cette cessation, être couvert en vertu de la couverture à laquelle il avait auparavant choisi de ne pas participer, pourvu qu'une demande en soit faite par écrit dans les 31 jours suivant cette date d'admissibilité. Sinon, une preuve d'assurabilité sera requise et cette protection ne prendra effet qu'à la date à laquelle Desjardins Sécurité financière approuvera l'assurabilité des personnes concernées.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE DES ADHÉRENTS

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

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

Si l'adhérent n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle son assurance prendrait normalement effet, son assurance prend effet le premier jour où il reprend effectivement le travail. Si l'adhérent n'est pas effectivement au travail à telle date, uniquement parce qu'il est en congé payé ou parce que c'est un jour férié, il est considéré comme étant effectivement au travail à cette date.

Dans le cas de la protection SOINS DENTAIRE, pour tout employé dont la couverture entre en vigueur plus de 31 jours suivant sa date d'admissibilité à la couverture, ladite couverture est limitée selon les conditions décrites au TABLEAU DES PROTECTIONS.

MONTANT D'ASSURANCE EXCÉDENTAIRE

Si l'adhérent demande un montant d'assurance qui excède le montant maximum que l'assureur accorde sans preuves d'assurabilité tel qu'il est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, cette assurance excédentaire prendra effet à la dernière des dates suivantes, soit la date à laquelle il devient admissible pour la première fois à cette assurance excédentaire, soit la date à laquelle l'assurabilité de l'adhérent est approuvée.

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

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

- 1) la date à laquelle l'assurance de l'adhérent prend effet pour la première fois en vertu du contrat;
- 2) la date à laquelle l'assurance des personnes à charge de l'adhérent est remise en vigueur en vertu du contrat;
- 3) la date à laquelle l'adhérent assuré en vertu du contrat devient admissible pour la première fois à l'assurance des personnes à charge, pourvu qu'une demande en soit faite par écrit dans les 31 jours suivant la date d'une telle admissibilité;

- 4) la date à laquelle l'assurabilité de la personne à charge est approuvée par l'assureur, si l'adhérent présente une demande d'assurance des personnes à charge plus de 31 jours après être devenu admissible pour la première fois à cette assurance.

L'assurance de tout particulier qui devient une personne à charge admissible d'un adhérent assuré qui a souscrit l'assurance des personnes à charge prend effet à la date à laquelle ce particulier devient une personne à charge conformément à la définition en vertu du contrat.

Si une personne à charge (autre qu'un nouveau-né) est hospitalisée à la date à laquelle son assurance prendrait normalement effet, son assurance ne prend effet que le premier jour suivant immédiatement sa sortie de l'hôpital.

MODIFICATION DE L'ASSURANCE

Toute modification apportée au montant d'assurance ou à une garantie prend effet à la dernière des dates suivantes, pourvu que l'adhérent soit effectivement au travail à cette date :

- 1) la date à laquelle l'adhérent devient admissible pour la première fois à telle modification;
- 2) s'il y a lieu, la date à laquelle l'assurabilité de l'adhérent est approuvée par l'assureur, si la modification du montant d'assurance demandé excède le montant maximum que l'assureur accorde sans preuves d'assurabilité tel qu'il est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Si l'adhérent n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle son assurance serait normalement modifiée, cette assurance est modifiée le premier jour où il reprend effectivement le travail. Si l'adhérent n'est pas effectivement au travail à cette date, uniquement parce qu'il est en congé payé ou parce que c'est un jour férié, il est considéré comme étant effectivement au travail à cette date.

CESSATION DE L'ASSURANCE

CESSATION DE L'ASSURANCE DES ADHÉRENTS

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

- 1) la date à laquelle il cesse d'être effectivement au travail à temps plein pour le compte de l'employeur;
- 2) la date à laquelle il cesse de faire partie d'une catégorie d'employés admissibles à l'assurance;
- 3) la date à laquelle il atteint l'âge limite;
- 4) la fin de la période pendant laquelle les primes requises ont été versées en son nom;
- 5) la date de résiliation du contrat;

Toutefois, si une législation fédérale ou provinciale exige que l'employeur maintienne l'assurance d'un adhérent au-delà de la date prévue de cessation, sujet aux paiements des primes, son assurance sera maintenue jusqu'à la fin de la période requise par la loi mais n'excédant pas la date de résiliation du contrat.

CESSATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

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

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

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

PROLONGATION DE L'ASSURANCE

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

DEMANDES DE PRESTATIONS

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

L'assureur doit recevoir une déclaration et des preuves des pertes subies dans le délai imparti, s'il en est, tel qu'il est spécifié dans chaque garantie. Advenant la résiliation du contrat, aucun versement ne sera effectué à moins que la déclaration et les preuves des pertes subies ne soient soumises à l'assureur dans les 120 jours suivant la date de résiliation du contrat.

Aucune action ni procédure ne sera entamée contre l'assureur pour récupérer toute prestation dans les 60 jours suivant l'expiration du délai imparti pour les preuves de sinistre ou 3 ans après ladite expiration.

RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

La somme due au décès de l'adhérent est versée au bénéficiaire désigné par l'adhérent dans les 60 jours suivant la réception des preuves suffisantes des pertes subies. Si l'adhérent n'a pas désigné de bénéficiaire ou si le bénéficiaire décède avant l'adhérent, la somme due est payable aux ayants droit de l'adhérent.

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

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

Si l'adhérent décède avant que les paiements auxquels il a droit ne soient effectués ou si l'adhérent n'est pas habilité à donner une libération valide des paiements auxquels il a droit, l'assureur peut à sa discrétion effectuer le paiement, dans la mesure où la loi le permet, à un parent de l'adhérent par le sang ou par alliance, ou à toute personne que l'assureur juge avoir un droit équitable à tel paiement. Ce paiement, s'il est effectué de bonne foi, libère entièrement l'assureur et les assureurs de toute responsabilité jusqu'à concurrence de la somme payée.

BÉNÉFICIAIRE

Le bénéficiaire est la personne que l'adhérent désigne dans sa demande d'assurance. Dans la mesure où la loi le permet, l'adhérent peut changer de bénéficiaire n'importe quand en déposant au siège social de l'assureur, une déclaration écrite, signée de sa main.

EXAMENS MÉDICAUX

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

ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Invalidité totale ou totalement invalide désigne l'incapacité complète de l'adhérent, par suite d'une maladie ou de dommages corporels, d'exercer toute tâche rémunératrice pour laquelle il est qualifié ou peut raisonnablement le devenir en raison de sa formation, de son éducation ou de son expérience.

VERSEMENT DES SOMMES DUES

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

EXONÉRATION DES PRIMES

Si l'adhérent devient totalement invalide pendant qu'il est couvert par la présente garantie mais avant d'atteindre l'âge de 65 ans et s'il présente à l'assureur une attestation satisfaisante de cette invalidité totale, il y aura exonération des primes afférentes au montant d'assurance vie applicable à cet adhérent après six mois d'invalidité totale ininterrompue. Le montant de cette assurance vie sera établi conformément au TABLEAU DES GARANTIES et aux dispositions du contrat, y compris celles qui ont trait à la cessation de l'assurance, qui sont en vigueur au moment où l'invalidité totale survient.

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

- 1) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
- 2) la date à laquelle est formulée une demande d'attestation de l'invalidité totale ininterrompue à la satisfaction de l'assureur, si cette attestation n'est pas fournie dans un délai de trois mois après la demande;
- 3) la date à laquelle l'adhérent transforme son assurance en vertu de la disposition relative au DROIT DE TRANSFORMATION.

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

Si l'adhérent décède plus de 31 jours après la cessation de son assurance et avant d'avoir atteint l'âge de 65 ans et que l'assureur n'ait pas reçu d'avis écrit ni d'attestation d'invalidité totale, le montant d'assurance vie applicable audit adhérent conformément au TABLEAU DES GARANTIES en vigueur lors de la cessation de son assurance sera payable, pourvu que

- 1) l'invalidité totale de l'adhérent survienne pendant qu'il est couvert en vertu de la présente garantie;
- 2) l'invalidité totale de l'adhérent ait été ininterrompue à compter de la date de son invalidité totale jusqu'à la date de son décès;
- 3) la date du décès de l'adhérent survienne dans les 12 mois suivant la date à laquelle s'est produite son invalidité totale;
- 4) l'adhérent n'ait pas transformé une partie ou la totalité de son assurance en vertu de la disposition relative au DROIT DE TRANSFORMATION au moment où son assurance a pris fin, et que
- 5) l'assureur reçoive une attestation satisfaisante d'invalidité totale et une attestation du décès de l'adhérent dans les trois mois suivant la date de son décès.

DROIT DE TRANSFORMATION

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

De plus, ce montant d'assurance vie d'un adhérent, qui peut être transformé, sera encore limité au moins élevé des montants suivants :

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

Si l'assurance vie d'un adhérent prend fin en raison de la résiliation du contrat et que cet adhérent soit âgé de moins de 65 ans, dans ce cas, pourvu que l'adhérent ait été assuré en vertu de la présente garantie pendant cinq années ininterrompues qui précèdent immédiatement la résiliation du contrat, il a le droit de transformer en une police individuelle tout montant d'assurance jusqu'au moins élevé des montants suivants, soit le montant résilié ou un montant égal à trois fois le salaire plafond annuel établi en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec si l'adhérent réside au Québec. Toutefois, ce montant d'assurance est diminué de toute assurance vie à laquelle l'adhérent devient admissible en vertu d'un contrat quelconque d'assurance collective au cours des 31 jours qui suivent la résiliation du contrat.

La police individuelle choisie par suite des dispositions ci-dessus est assujettie aux conditions suivantes :

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

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

PROLONGATION DE L'ASSURANCE APRÈS LA CESSATION

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

PREUVE DE SINISTRE

Avant de régler une demande consécutive à un décès, l'assureur exige une preuve écrite satisfaisante de l'événement, de la cause et des circonstances du décès, de l'admissibilité du défunt au moment du décès, de la date de naissance du défunt et du droit du demandeur de toucher les sommes dues.

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

Afin d'être exonéré du paiement de ses primes en vertu de la disposition relative à l'EXONÉRATION DES PRIMES, l'adhérent doit fournir un avis écrit attestant de son invalidité totale. L'assureur doit recevoir cet avis dans les 12 mois suivant la date à laquelle l'adhérent devient totalement invalide ainsi qu'une attestation d'invalidité totale satisfaisante dans les 3 mois suivant qu'elle ait reçu l'avis écrit.

Dans le cas d'une rechute d'invalidité totale, l'assureur doit recevoir un avis écrit et une attestation d'invalidité dans les 12 mois suivant la date d'une telle rechute.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Totalement invalide désigne l'incapacité complète de l'adhérent, par suite d'une maladie ou de dommages corporels, d'exercer toute tâche rémunératrice pour laquelle il est qualifié ou peut raisonnablement le devenir en raison de sa formation, de son éducation ou de son expérience.

VERSEMENT DES SOMMES DUES

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

EXONÉRATION DES PRIMES

Si l'adhérent devient totalement invalide conformément à la disposition relative à l'EXONÉRATION DES PRIMES en vertu de la garantie d'assurance vie de l'adhérent et si l'assureur lui accorde une exonération des primes afférentes au montant de ladite garantie, une exonération lui est également accordée pour les primes afférentes à la présente garantie. Cette exonération lui est accordée tant que dure l'exonération des primes en vertu de l'assurance vie de l'adhérent mais pas au-delà de la date à laquelle la présente garantie prend fin conformément à la disposition relative à la CESSATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE du contrat.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si l'assurance vie des personnes à charge couvrant un conjoint prend fin pour une raison autre que la résiliation du contrat et que ce conjoint soit âgé de moins de 65 ans, l'adhérent, ou le conjoint advenant le décès de l'adhérent, peut transformer l'assurance vie des personnes à charge applicable au conjoint en une police d'assurance individuelle, sans preuves d'assurabilité, sous réserve des conditions suivantes :

- 1) la proposition d'assurance individuelle dûment remplie doit être présentée à l'assureur et la première prime réglée dans les 31 jours suivant la date de cessation de l'assurance du conjoint en vertu de la présente garantie;
- 2) la police individuelle peut être une assurance permanente ordinaire établie par l'assureur désigné à la date de la transformation, à l'exception des assurances permanentes spéciales désignées à l'occasion par l'assureur désigné. Cette police ne comporte pas de disposition d'assurance spéciale exigeant le paiement d'une surprime et ne constitue pas une police selon laquelle le montant d'assurance peut augmenter ou augmentera à l'avenir. L'assureur désigné offre toujours au moins une assurance permanente qui peut être transformée à tout moment;

- 3) la police individuelle établie doit être conforme aux conditions, aux modalités et aux montants d'assurance individuelle qu'utilise normalement l'assureur désigné à la date de la transformation;
- 4) la prime de la police individuelle est déterminée en fonction du taux utilisé par l'assureur désigné à la date de prise d'effet de la police individuelle applicable à l'assurance et au montant d'assurance de la police établie, selon l'âge du conjoint à l'anniversaire de naissance le plus proche et la catégorie de risque à laquelle il appartient;
- 5) si le montant d'assurance vie des personnes à charge qui peut être transformé est inférieur au montant minimal pour lequel l'assureur désigné établit alors l'assurance choisie, la police individuelle doit être établie pour le montant d'assurance total que le conjoint peut transformer;
- 6) la police individuelle ne prend pas effet avant la fin de la période de 31 jours qui suit immédiatement la date de cessation de l'assurance du conjoint en vertu de la présente garantie.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE APRÈS LA CESSATION

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

PREUVE DE SINISTRE

Avant de régler une demande consécutive à un décès, l'assureur exige une preuve écrite satisfaisante de l'événement, de la cause et des circonstances du décès, de l'admissibilité du défunt au moment du décès, de la date de naissance du défunt et du droit du demandeur de toucher les sommes dues.

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

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT ET DES PERSONNES À CHARGE DE L'ADHÉRENT

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Totalement invalide désigne l'incapacité complète de l'adhérent, par suite d'une maladie ou de dommages corporels, d'exercer toute tâche rémunératrice pour laquelle il est qualifié ou peut raisonnablement le devenir en raison de sa formation, de son éducation ou de son expérience.

VERSEMENT DES SOMMES DUES

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant que l'adhérent et/ou ses personnes à charge est décédé pendant qu'il était couvert par la présente garantie, l'assureur paiera le montant d'assurance vie applicable à cet adhérent et/ou à ses personnes à charge conformément au TABLEAU DES GARANTIES et aux autres dispositions applicables du contrat.

EXCLUSION EN CAS DE SUICIDE

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

EXONÉRATION DES PRIMES

Si l'adhérent devient totalement invalide conformément à la disposition relative à l'EXONÉRATION DES PRIMES en vertu de la garantie d'assurance vie de l'adhérent et si l'assureur lui accorde une exonération des primes afférentes à ladite garantie, une exonération est également accordée à cet adhérent pour les primes afférentes à l'assurance vie facultative tant que dure l'exonération des primes en vertu de l'assurance vie de l'adhérent, mais pas au-delà de la date à laquelle il atteint l'âge limite applicable à la présente garantie.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si l'assurance vie facultative d'un adhérent prend fin en raison de l'une des conditions stipulées dans la disposition relative au DROIT DE TRANSFORMATION contenue dans l'assurance vie de l'adhérent et non pas uniquement à la demande de celui-ci et que ledit adhérent soit âgé de moins de 65 ans, celui-ci a le droit de transformer cette assurance en une police d'assurance individuelle, sans preuves d'assurabilité.

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

Si tous les montants d'assurance vie facultative d'un conjoint prennent fin pour une raison autre que la résiliation du contrat et non pas uniquement à la demande de l'adhérent et que ledit conjoint soit âgé de moins de 65 ans, l'adhérent ou le conjoint advenant le décès de l'adhérent, peut transformer cette assurance applicable au conjoint en une police d'assurance individuelle, sans preuves d'assurabilité.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE APRÈS LA CESSATION

Si l'adhérent et/ou ses personnes à charge décède dans les 31 jours suivant la cessation de sa protection en vertu de la présente garantie, le montant d'assurance vie payable est celui que la personne défunte aurait eu droit de transformer.

PREUVE DE SINISTRE

Avant de régler une demande consécutive à un décès, l'assureur exige une preuve écrite satisfaisante de l'événement, de la cause et des circonstances du décès, de l'admissibilité du défunt au moment du décès, de la date de naissance du défunt et du droit du demandeur de toucher les sommes dues.

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

GARANTIES AUTOFINANCÉES

INTERPRÉTATION

Dans le cadre du régime de prévoyance collective :

Régime désigne les garanties indemnité hebdomadaire, maladie complémentaire et soins dentaires de Les Industries Lassonde.

Titulaire de régime désigne Les Industries Lassonde.

MALADIE COMPLÉMENTAIRE

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente couverture :

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

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

Maladie désigne des dommages corporels, une affection physique ou mentale ou une grossesse, sauf que si toutes ces caractéristiques considérées comme étant une maladie sont attribuables à un même accident, ou sont présentes simultanément, ou sont attribuables à une même cause ou à des causes connexes, elles sont réputées constituer une seule et même maladie.

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

Médicament de marque désigne le premier médicament mis au point, dit d'origine, et mis sur le marché.

Médicament générique désigne toute reproduction d'un médicament de marque.

VERSEMENT DES PRESTATIONS

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par Desjardins Sécurité financière attestant qu'un adhérent ou qu'une personne à charge, alors couvert par la présente couverture, a engagé des frais admissibles

- 1) qui étaient raisonnables et nécessaires du point de vue médical, et
- 2) qui, sous réserve de disposition contraire, avaient été préalablement recommandés par un médecin,

Desjardins Sécurité financière remboursera la partie de ces frais qui excède la franchise, s'il y en a une, sous réserve du pourcentage de remboursement et des restrictions indiqués au TABLEAU DES PROTECTIONS et conformément aux autres dispositions applicables du contrat.

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

Le maximum de frais admissibles de médicaments que l'adhérent engage et qui demeure à sa charge, pour lui-même et pour l'ensemble de ses personnes à charge couvertes, est celui déterminé par la Régie de l'assurance maladie du Québec à l'égard de la franchise, du ticket modérateur, le cas échéant, et de la part des frais admissibles de médicaments qui n'est pas prise en charge par Desjardins Sécurité financière en raison du pourcentage de remboursement prévu par la présente garantie. Pour les frais de médicaments engagés par la suite au cours de la même année civile, ce pourcentage devient 100 %.

FRAIS ADMISSIBLES

Dans la province

Les frais admissibles dans la province de résidence habituelle de l'adhérent comprennent les frais pour ce qui suit :

1) Hôpital

Les frais de séjour, repas compris, pendant que la personne est dans un hôpital à titre de malade hospitalisé, jusqu'à concurrence du montant indiqué au TABLEAU DES PROTECTIONS.

2) Médicaments

Jusqu'à concurrence du montant indiqué au TABLEAU DES PROTECTIONS pour ce qui suit :

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

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

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

Pour les personnes couvertes qui résident au Québec, sont aussi remboursables les médicaments et les autres produits que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments couvrirait à l'égard des personnes couvertes si elles n'étaient pas couvertes en vertu d'un régime collectif. Les frais ne sont pas limités aux frais usuels et raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus.

Si l'adhérent réside en Colombie-Britannique, en Saskatchewan ou au Manitoba, le remboursement des médicaments ou des produits prescrits ne doit pas dépasser la franchise et le pourcentage de remboursement prescrits de temps à autre en vertu du programme Pharmacare de la Colombie-Britannique ou du Manitoba, ou du Programme de médicaments sur ordonnance de la Saskatchewan.

- b) Pour les personnes couvertes de 65 ans ou plus, les médicaments décrits au paragraphe a), qui sont nécessaires à la thérapeutique, que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments ne couvre pas, que l'on ne peut obtenir que sur ordonnance médicale et qui sont fournis par un pharmacien, ou par un médecin là où il n'y a pas de pharmacien.
- c) Tout médicament pouvant être injecté, tout sérum ou tout vaccin prescrit par un médecin dans le but de prévenir ou de traiter une maladie; les vaccins préventifs sont limités à un montant payable de 100 \$ par année civile, par personne couverte.
- d) Les injections de substances sclérosantes pour le traitement des varices, à condition que ces traitements soient nécessaires à des fins médicales et non esthétiques, à raison d'un montant payable de 20 \$ par visite par personne couverte.
- e) Les bâtonnets réactifs et seringues pour le traitement du diabète.
- f) Les produits anesthésiants administrés lors d'une intervention qui n'a pas lieu dans un hôpital, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 20 \$ par intervention.
- g) Les médicaments pour le traitement de l'infertilité jusqu'au maximum combiné prévu dans le paragraphe Traitement de l'infertilité du TABLEAU DES PROTECTIONS.

3) Soins infirmiers

Les services à domicile d'une infirmière autorisée, d'une infirmière auxiliaire autorisée ou d'une aide infirmière qui n'a aucun lien de parenté, ni par le sang ni par alliance, avec l'adhérent ou avec l'une des personnes à sa charge et qui ne réside pas habituellement chez celui-ci ni chez l'une des personnes à sa charge, à condition que ces services soient fournis hors d'un centre hospitalier et qu'ils ne soient pas administrés principalement à titre de surveillance - jusqu'au montant maximum par personne indiqué au TABLEAU DES PROTECTIONS.

4) Ambulance

- a) Les frais d'une ambulance autorisée servant à transporter la personne par voie terrestre, en cas d'urgence ou dans le cadre d'un traitement à titre de malade hospitalisé,
 - i) à partir de l'endroit où la personne est victime de l'accident ou tombe malade, jusqu'à l'hôpital le plus proche où elle peut obtenir les soins appropriés;
 - ii) d'un hôpital à un autre; et
 - iii) d'un hôpital au domicile de cette personne lorsque la condition médicale du patient l'exige.
- b) Les frais d'une ambulance autorisée servant à transporter la personne par voie aérienne, en cas d'urgence, à l'hôpital le plus proche où la personne peut obtenir les soins appropriés ou à un autre hôpital lorsque le médecin traitant déclare que le transfert est nécessaire.

5) Maison de convalescence/réadaptation

Les frais de séjour, dans une chambre semi-particulière, repas compris, dans une maison de convalescence ou de réadaptation autorisée, pourvu que la personne y ait été admise dans les 14 jours suivant son séjour dans un hôpital à titre de malade hospitalisé – jusqu'au montant maximum par personne indiqué au TABLEAU DES PROTECTIONS pour toutes les périodes de traitement d'une maladie due à la même cause ou à des causes connexes.

6) Soins dentaires suite à un accident

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

7) Examen de la vue

Examen de la vue, y compris la réfraction oculaire, effectué par un ophtalmologiste autorisé ou un optométriste diplômé - jusqu'au montant maximum par personne indiqué au TABLEAU DES PROTECTIONS.

8) Autres soins, services, traitements, fournitures et équipements

a) Services paramédicaux

Jusqu'au montant maximal et pour chaque type de professionnel mentionné indiqué au TABLEAU DES PROTECTIONS à condition que ce professionnel exerce dans les limites de sa compétence.

b) Aide à la mobilité

Fauteuil roulant conventionnel : achat ou location, à la discrétion de l'administrateur, jusqu'au montant maximum par personne indiqué au TABLEAU DES PROTECTIONS.

Aides à la marche ou béquilles : achat ou location, à la discrétion de Desjardins Sécurité financière.

c) Fournitures orthopédiques

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

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

Lit d'hôpital conventionnel : achat ou location, à la discrétion de Desjardins Sécurité financière.

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

d) Orthèses et prothèses

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

Orthèse podiatrique ou support plantaire : achat, jusqu'au montant maximum par personne indiqué au TABLEAU DES PROTECTIONS.

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

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

Prothèse mammaire externe : achat, lorsqu'elle est requise à la suite d'une mastectomie totale ou radicale réalisée pendant que la personne est couverte en vertu de la présente couverture ou d'une couverture comparable en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de la présente couverture, y compris l'achat de deux soutiens-gorge pour prothèses mammaires, jusqu'au montant maximum par personne indiqué au TABLEAU DES PROTECTIONS.

Prothèse auditive : achat, sur ordonnance écrite d'un oto-rhino-laryngologiste diplômé, jusqu'au montant maximum par personne indiqué au TABLEAU DES PROTECTIONS.

Prothèse capillaire : achat, lorsqu'une telle prothèse est nécessaire à la suite d'un traitement de chimiothérapie, jusqu'au montant maximum par personne indiqué au TABLEAU DES PROTECTIONS.

e) Équipements thérapeutiques

Glucomètre ou réflectomètre : achat ou location, sur recommandation médicale, jusqu'à concurrence de 200 \$ de frais admissibles et d'un seul appareil pour toute période de 36 mois consécutifs par personne couverte.

Oxygène et matériel nécessaire à son administration : achat ou location du matériel, à la discrétion de Desjardins Sécurité financière.

Moniteur d'apnée : achat ou location, à la discrétion de Desjardins Sécurité financière.

Pompe à drainage et accessoires de percussion thoracique : achat.

Neurostimulateur T.E.N.S. : achat ou location, à la discrétion de Desjardins Sécurité financière, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 700 \$ de frais admissibles par personne couverte.

Autres équipements thérapeutiques : achat ou location, à la discrétion de Desjardins Sécurité financière, qui sont médicalement nécessaires et destinés à guérir ou à traiter une affection, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 10 000 \$ de frais admissibles par personne couverte. Cette catégorie d'appareils comprend par exemple les stimulateurs de consolidation de fracture, les pompes à insuline, les appareils d'aérosolthérapie et les respirateurs à pression positive intermittente.

f) Fournitures médicales

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

Bas de contention : achat, à condition qu'ils soient de compression moyenne ou forte (plus de 20mm/Hg) et fournis dans une pharmacie ou dans un établissement médical, jusqu'au montant maximum par personne indiqué au TABLEAU DES PROTECTIONS.

Stérilet : achat, jusqu'à concurrence de 50 \$ de frais admissibles par année civile, par personne couverte.

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

Cathéter : achat.

Fournitures médicales servant au gavage : achat.

Fournitures médicales nécessaires suite à une trachéotomie : achat.

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

Vêtements compressifs pour brûlés : achat.

Pansements médicamenteux : achat.

g) Services diagnostiques

Techniques d'imagerie (incluant les examens aux rayons X, aux ultrasons et par résonance magnétique), analyse de laboratoire et traitements au radium ou aux rayons X, à l'exclusion des services reçus à l'hôpital, jusqu'au maximum indiqué au TABLEAU DES PROTECTIONS.

h) Cures et traitements

Cure de désintoxication : les frais de séjour pour une cure de désintoxication dans un centre reconnu ou dans une clinique privée spécialisée dans le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie et reconnue comme telle, pourvu que l'état de la personne nécessite une cure sous la surveillance et le contrôle d'un médecin et que le séjour ait été préalablement approuvé par Desjardins Sécurité financière, jusqu'au maximum indiqué au TABLEAU DES PROTECTIONS.

Traitement de l'infertilité : les frais engagés pour tout traitement de l'infertilité, y compris les médicaments, jusqu'au maximum indiqué au TABLEAU DES PROTECTIONS.

Hors de la province

Tous les frais admissibles engagés hors de la province de résidence habituelle de l'adhérent, en cas d'urgence ou lorsque l'adhérent est dirigé vers un autre médecin, se limitent aux frais qui excèdent les montants remboursés par le régime provincial d'assurance hospitalisation ou le régime d'assurance maladie en vigueur dans la province de résidence habituelle de l'adhérent, ou les deux.

1) Hors de la province - Cas d'urgence

En cas d'urgence survenant hors de la province de résidence habituelle de l'adhérent, les frais suivants sont admissibles :

- a) les frais engagés pour les services hospitaliers et ceux pour un séjour dans une chambre semi-particulière dans un hôpital;
- b) les services d'un médecin;
- c) tous les autres frais admissibles, qui sont couverts par la présente couverture dans la province de résidence habituelle de l'adhérent, sauf les frais admissibles pour soins hospitaliers.

2) Hors de la province - Malade dirigé

Tous les frais admissibles énumérés à la section intitulée «Hors de la province - Cas d'urgence», mais qui sont engagés hors de la province de résidence habituelle de l'adhérent parce qu'il a été dirigé vers un autre médecin, sont considérés comme étant des frais admissibles, sous réserve de ce qui suit :

- a) le service ou le traitement ne doit pas être rendu dans la province de résidence habituelle de l'adhérent;
- b) une lettre dirigeant le patient vers un autre médecin, écrite par un médecin de la province de résidence habituelle de l'adhérent, doit être fournie;
- c) le preneur et Desjardins Sécurité financière doivent donner leur autorisation écrite au préalable;

- d) le régime provincial d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie, ou les deux, doit participer au remboursement des frais admissibles; et
- e) le montant maximal payable par Desjardins Sécurité financière se limite au pourcentage de remboursement et au montant maximal indiqués au TABLEAU DES PROTECTIONS.

VOYAGE ASSISTANCE

Lorsqu'une personne couverte en vertu de la présente protection et de régimes d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation doit engager d'urgence des frais en raison d'un accident ou d'une maladie survenant lors d'un séjour à l'extérieur de sa province de résidence, Voyage Assistance permet à l'assureur de rembourser les frais admissibles engagés à cet égard, conformément aux conditions indiquées au TABLEAU DES PROTECTIONS, dans la mesure où ces frais sont couverts par la présente garantie et pourvu qu'ils ne soient pas payables par un organisme gouvernemental ni par un autre régime privé d'assurance.

La personne couverte ne doit pas oublier sa carte Voyage Assistance lorsqu'elle voyage.

COMMENT FONCTIONNE-T-ELLE ?

En cas d'urgence médicale, la personne couverte ou le fournisseur de soins médicaux présent doit communiquer avec Sigma Assistel.

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

Urgence médicale signifie une maladie ou une blessure accidentelle imprévue qui nécessite un traitement médical immédiat.

SERVICES MÉDICAUX D'URGENCE

En cas d'URGENCE MÉDICALE lorsque la personne couverte voyage hors de sa province de résidence ou du Canada, Voyage Assistance fournira les services suivants.

Confirmation de la couverture

Confirmation de la couverture à l'hôpital ou au médecin.

Aide médicale et consultation

Aide aux fins de localisation d'un médecin ou d'un centre médical et consultation avec le personnel ou centre médical local pour obtenir une évaluation complète de l'état de la personne et du traitement prodigué.

Interprétation téléphonique

Fournir des services de traduction dans les principales langues pour communiquer avec le personnel médical et les autorités de la région, le cas échéant, en cas d'urgence médicale.

Paieement médical d'urgence

Paieement garanti ou anticipé accordé à l'hôpital ou au médecin s'il s'agit d'une condition préalable à l'obtention des soins.

Évacuation médicale d'urgence

Arrangement pour évacuation médicale vers un centre médical adéquat, si un tel centre n'est pas disponible sur place, ou rapatriement au lieu de résidence de la personne assurée si Voyage Assistance juge qu'une telle évacuation est nécessaire.

Convalescence à la sortie d'hôpital

Allocation pour couvrir les frais de séjour et de repas jusqu'à concurrence de 150 \$ canadiens par jour pendant un maximum de 7 jours si la personne couverte n'est pas en état de voyager à sa sortie d'hôpital et que le voyage est prolongé au-delà de la date de retour prévue.

Retour des enfants sans surveillance

Rapatriement par la voie la plus économique de tout enfant à charge sans surveillance qui est âgé de moins de 16 ans et qui n'a pas de billet valide à cause d'une urgence médicale de la personne couverte, y compris l'attribution d'une escorte, à la discrétion de Voyage Assistance.

Visite au chevet du patient

Le prix d'un billet d'avion aller-retour en classe économique pour permettre au conjoint, au père ou à la mère, à un enfant, au frère ou à la sœur de se rendre du Canada par la voie la plus économique, au chevet de la personne couverte qui voyage seule et qui est hospitalisée pendant plus de 7 jours consécutifs.

Repas et séjour

Allocation de 150 \$ canadiens maximum, par famille, par jour, jusqu'à concurrence de 7 jours, pour les frais de repas et de séjour pour :

- tout membre de la famille que Voyage Assistance fait venir au chevet d'une personne hospitalisée, ou
- toute personne couverte dont le voyage de retour est retardé au-delà de la date prévue parce qu'une autre personne couverte a été hospitalisée.

Interruption de voyage

Billet d'avion aller direct fourni, en classe économique, pour toute personne couverte qui a raté son vol de retour prévu à cause de son hospitalisation ou de celle de toute autre personne couverte.

SERVICES D'ASSISTANCE

De plus, Voyage Assistance aidera chaque personne couverte, hors de sa province de résidence ou du Canada, avec les services suivants.

Rapatriement du défunt

Prise en charge des frais pour la préparation (y compris l'incinération) et le transport à son lieu de résidence de la dépouille de la personne couverte jusqu'à concurrence de 5 000 \$ canadiens. Ceci inclut les frais pour la préparation des documents requis par le gouvernement et les autorisations de sortie mais non les frais pour un cercueil d'enterrement.

Retour de véhicule

Prise en charge des frais, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ canadiens, pour le retour du véhicule d'une personne couverte à son domicile ou, s'il est loué, à l'agence de location appropriée la plus proche, si cette personne est dans l'impossibilité de conduire le véhicule à cause d'une urgence médicale et qu'il n'y a pas de chauffeur de remplacement.

Messages urgents

Aider dans l'échange de messages importants avec les membres de la famille immédiate ou l'employeur, ou les deux, lorsqu'une personne couverte se trouve en difficulté. Les messages seront conservés pendant un maximum de 15 jours.

Perte de bagages et de documents

Aide pour contacter les autorités appropriées pour retracer les bagages perdus ou le remplacement des documents perdus. Le coût de remplacement de bagages ou de documents perdus incombe à la personne couverte.

Aide légale

Aide pour localiser un avocat de la région dans le cas d'un accident de voiture, une infraction au code de la route ou une infraction civile. Les frais d'avocats incombent à la personne couverte.

FRANCHISE

La franchise individuelle correspond à la somme des frais admissibles qui doivent être réglés par une personne ou en son nom au cours d'une année civile avant qu'un remboursement ne soit effectué en vertu de la présente couverture. Une fois qu'un adhérent et ses personnes à charge ont atteint la franchise familiale pour une année civile, aucune franchise n'est appliquée à l'égard des frais admissibles engagés par quiconque des membres de cette famille durant le reste de cette année civile.

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

- 1) Aucun remboursement n'est effectué en vertu de la présente couverture en ce qui concerne :
 - a) les services ou les soins qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer en totalité ou en partie, sauf dans la mesure où il permet un remboursement excédentaire;
 - b) les services, les soins ou les produits que la personne reçoit gratuitement ou qui sont remboursables en vertu d'une loi provinciale ou fédérale, étant entendu que pour une personne qui n'est pas couverte par les lois en question, Desjardins Sécurité financière ne rembourse pas les frais qui auraient normalement été couverts par les lois sur l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie de la province de résidence de la personne couverte;
 - c) les services, les soins ou les produits administrés à des fins expérimentales;
 - d) les frais engagés pour des prothèses implantées chirurgicalement, à l'exception des cristallins artificiels s'ils sont couverts par la police;
 - e) les services, les soins ou les produits fournis à l'adhérent par l'employeur;
 - f) les fauteuils roulants conçus ou adaptés pour permettre la participation à des activités sportives;
 - g) les lits électriques;
 - h) les appareils de contrôle tels les stéthoscopes, les sphygmomanomètres ou les autres appareils de même nature ainsi que les accessoires domestiques tels les purificateurs, les humidificateurs, les climatiseurs, les baignoires à remous ou autres appareils de même nature;
 - i) les équipements de type «Obus Forme»;
 - j) les cours, programmes d'exercices, programmes de conditionnement physique sur appareil ou au sol, bains flottants, bains de boue, bains thérapeutiques, exercices de relaxation, exercices en gymnase, séances d'étirement et renforcement, évaluations posturales et bougies auriculaires;
 - k) les couches pour incontinence;
 - l) les soins dentaires, sauf ceux qui sont prévus à la présente couverture;

- m) les actes dentaires et les fournitures ayant pour but la restauration de la bouche au complet ainsi que la correction de la dimension verticale ou de toute dysfonction temporo-mandibulaire;
- n) les voyages de santé ou les voyages effectués pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- o) les services, les soins ou les produits non inclus dans la liste des frais admissibles;
- p) les frais admissibles qui découlent directement ou indirectement :
 - i) de dommages corporels que la personne couverte s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
 - ii) de soins esthétiques;
 - iii) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel;
 - iv) de toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute loi semblable ou en vertu de tout autre régime public;
 - v) d'une guerre, déclarée ou non, du service actif dans les forces armées d'un pays ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
 - vi) du fait pour l'adhérent d'avoir conduit un véhicule motorisé alors qu'il était sous l'influence de stupéfiants ou que la concentration d'alcool dans son sang excédait la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada; les frais admissibles engagés pour une cure de désintoxication et les frais engagés pour l'achat de médicaments que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments couvrirait ne sont pas visés par la présente;
- q) les frais engagés pour une cure de désintoxication, sauf ceux qui sont prévus à la présente couverture;
- r) les frais engagés pour le traitement de l'infertilité, sauf ceux qui sont prévus à la présente couverture;
- s) les lunettes, les lentilles cornéennes et l'ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes, sauf ceux qui sont prévus à la présente couverture;
- t) les lunettes de soleil ou les lunettes protectrices.

2) Exclusions applicables aux médicaments

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

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

- f) les médicaments ou produits antitabac qui ne sont pas couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments ainsi que les frais en excédent du maximum prévu en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments relativement aux médicaments ou produits antitabac;
- g) les médicaments pour le traitement de l'infertilité, sauf ceux couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments pour les résidents du Québec et ceux qui sont prévus à la présente couverture;
- h) les frais qui servent à couvrir la franchise et la coassurance du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments pour les personnes qui sont assurées par ce régime.

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

Restrictions, exclusions et limitations applicables aux frais hors de la province en cas d'urgence

Les exclusions s'appliquant à la protection maladie complémentaire s'appliquent également à la partie hors de la province – cas d'urgence. De plus, Desjardins Sécurité financière ne verse aucune des sommes prévues à la partie hors de la province – cas d'urgence si la personne assurée n'est pas couverte en vertu de régimes d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation.

Dans le cas où l'assistance a traité à l'achat d'un billet d'avion de remplacement, toute portion remboursable du billet original sera déduite du prix du billet de remplacement.

Les services Voyage Assistance seront interrompus provisoirement, écourtés ou restreints sans avis préalable dans n'importe quelle partie du monde en cas de rébellion, d'émeute, d'insurrection militaire, de guerre, de conflit de travail ou de grève, d'accident nucléaire, de désastre naturel, ou dans l'éventualité où les autorités refusent à Voyage Assistance le droit d'offrir ses services. Voyage Assistance essaiera tout de même de fournir des services dans la mesure du possible pendant toute éventualité de ce genre.

Les spécialistes médicaux ou les représentants juridiques, ou les deux, désignés ou fournissant des services directs ne sont pas des employés de Desjardins Sécurité financière. Par conséquent, Desjardins Sécurité financière n'est pas responsable de toute négligence ou de toute omission commise par ces professionnels.

Nous nous réservons le droit de refuser de régler tous frais engagés hors de la province de résidence si l'assuré n'utilise pas les services de Voyage Assistance.

Les frais admissibles d'urgence hors de la province de résidence et les frais de Voyage Assistance sont limités à un maximum viager combiné indiqué au TABLEAU DES PROTECTIONS.

Restrictions quant aux médicaments

Les frais admissibles seront assujettis à une provision de 90 jours par achat et au maximum indiqué dans le TABLEAU DES PROTECTIONS.

Toutefois, sous réserve des dispositions de la loi concernant l'assurance médicaments du Québec pour les adhérents résidant au Québec, les spécialités pharmaceutiques ou produits brevetés, les médicaments utilisés à titre expérimental ou dans le traitement de l'infécondité (sauf si spécifiquement indiqué), les aliments de régime ou de santé, les vitamines, les produits de nutrition, les produits antitabac (comprenant mais sans se limiter aux timbres et gommes à la nicotine) et les frais relatifs à l'administration des médicaments, des sérums ou des vaccins ne sont pas inclus.

PROLONGATION DE LA PROTECTION APRÈS LA CESSATION

Si l'adhérent est totalement invalide ou si une personne à charge est hospitalisée à la date à laquelle la protection de l'adhérent prend fin pour une raison autre que la résiliation du contrat, des remboursements seront effectués comme si la protection n'avait pas pris fin à l'égard de cette personne, relativement à tous les frais admissibles engagés par suite de cette invalidité ou hospitalisation jusqu'à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'invalidité totale de l'adhérent prend fin;
- 2) la date à laquelle la personne à charge n'est plus hospitalisée;
- 3) le 91^e jour qui suit la date à laquelle la protection de l'adhérent prend fin;
- 4) la date de cessation de la présente couverture.

Aux termes de la présente disposition, invalidité totale désigne l'incapacité complète de l'adhérent par suite de maladie ou de dommages corporels d'exercer toute tâche rémunératrice pour laquelle il est qualifié ou peut raisonnablement le devenir en raison de sa formation, de son éducation ou de son expérience.

PROLONGATION DE LA COUVERTURE EN CAS DU DÉCÈS DE L'ADHÉRENT

Une personne à charge dont la protection en vertu du contrat aurait normalement pris fin en raison du décès de l'adhérent continuera d'être couverte en vertu de la maladie complémentaire et conformément aux autres dispositions du contrat, jusqu'au premier des événements suivants :

- 1) la fin de la période de 24 mois qui suit la date du décès de l'adhérent;
- 2) la date à laquelle le conjoint se remarie;
- 3) la date à laquelle le conjoint devient un adhérent ou une personne à charge en vertu du présent régime ou de tout autre régime d'assurance collective;
- 4) la date de cessation de la présente couverture.

PREUVE DE SINISTRE

Une preuve écrite de sinistre doit être présentée à Desjardins Sécurité financière dans les 120 jours suivant la date à laquelle les frais ont été engagés.

Par la suite, une preuve écrite jugée satisfaisante par Desjardins Sécurité financière attestant la continuation de l'invalidité totale doit être remise à celle-ci chaque fois qu'elle en fait la demande.

SERVICE DE PAIEMENT PAR CARTE

Desjardins Sécurité financière recommande à la personne couverte de faire ses demandes de remboursement tous les 6 mois, ou plus souvent lorsque la demande est justifiée en raison de son montant élevé. Toutefois, dans le cas d'un accident entraînant un remboursement de frais, l'adhérent devrait expédier un avis écrit à Desjardins Sécurité financière au cours des 30 jours qui suivent la date de l'accident.

Pour l'achat de médicaments couverts par le régime dans une pharmacie qui offre le service de paiement par carte, il suffit de présenter au pharmacien la carte de paiement de médicaments sur laquelle est inscrit le numéro d'identification de l'adhérent. Le mode de paiement prévu par le régime à cet égard est dit «direct» et permet à l'adhérent de déboursier uniquement la partie non couverte des frais de médicaments qu'il a engagés sans qu'il n'ait à remplir de demande de prestations.

SOINS DENTAIRES

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente couverture :

Hygiéniste dentaire désigne la personne qui a suivi et terminé avec succès un cours d'hygiène dentaire auprès d'une faculté dentaire accréditée et a reçu le diplôme d'hygiéniste dentaire.

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

Guide des tarifs désigne le guide des tarifs des actes bucco-dentaires des associations dentaires provinciales à l'usage des chirurgiens dentistes de la province où réside l'adhérent ou sa personne à charge pour l'année civile prévue au TABLEAU DES PROTECTIONS.

REMBOURSEMENT DES FRAIS

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par Desjardins Sécurité financière attestant qu'un adhérent ou qu'une personne à charge, alors couvert en vertu de la présente couverture, a engagé des frais admissibles qui étaient nécessaires et avaient trait à des services recommandés par un dentiste, et

- 1) dispensés par un dentiste; ou
- 2) dispensés par un hygiéniste dentaire sous la surveillance d'un dentiste; ou
- 3) dispensés par un denturologue diplômé lorsque ces services sont dans les limites de sa compétence,

Desjardins Sécurité financière remboursera la partie de ces frais qui excède la franchise, s'il y en a une, sous réserve du pourcentage de remboursement et des maximums qui figurent au TABLEAU DES PROTECTIONS et conformément aux autres dispositions applicables du contrat.

Les frais admissibles sont réputés avoir été engagés à la date à laquelle le service a été rendu ou à laquelle les fournitures ont été obtenues. Toutefois, en ce qui concerne un pont, une couronne ou une prothèse, la date de pose de cet appareil est la date à laquelle ces frais ont été engagés et en ce qui concerne les traitements de canaux, la date du dernier traitement est la date à laquelle ces frais ont été engagés.

COUVERTURE EN DEHORS DU CANADA

Un paiement sera effectué relativement à des soins dentaires administrés au cours d'un voyage en dehors du Canada mais seulement dans la mesure où ce paiement aurait été effectué en vertu de la présente couverture si ces soins avaient été administrés dans la province de résidence habituelle de l'adhérent et à condition que ces soins aient été administrés en cas d'urgence seulement.

FRAIS ADMISSIBLES

Soins de base et de prévention à l'exclusion des services rendus principalement aux fins de traitement orthodontique

- 1) Examens buccaux
 - a) examens buccaux complets - limités à un seul examen par 24 mois;
 - b) examens buccaux de rappel ou périodique – limités à la fréquence indiquée dans le TABLEAU DES PROTECTIONS;
 - c) examens buccaux spécifiques, en cas d'urgence ou de consultation.
- 2) Radiographies
 - a) série complète de radiographies périapicales et interproximales - minimum de 16 films, un seule fois par 24 mois;
 - b) radiographies pour diagnostiquer un symptôme ou examiner les progrès dans une série de traitements spécifiques à l'exception des radiographies de l'articulation temporo- mandibulaire.
- 3) Examens de laboratoire et modèles de diagnostic non montés à l'exception des duplicata.
- 4) Consultations et visites spéciales
 - a) programme de traitement;
 - b) consultation avec un patient;
 - c) consultations auprès d'un autre dentiste;
 - d) visite à domicile ou à l'hôpital et visite après les heures de bureau.
- 5) Soins de prévention
 - a) prophylaxie (détartrage léger et polissage de la partie coronaire des dents) - limités à la fréquence indiquée dans le TABLEAU DES PROTECTIONS;
 - b) application topique de fluorure et de substances anti-cariantes - limités à la fréquence indiquée dans le TABLEAU DES PROTECTIONS;
 - c) instructions d'hygiène buccale et programme de contrôle de la plaque dentaire - limités à la fréquence indiquée dans le TABLEAU DES PROTECTIONS;
 - d) scellants de puits et fissures;
 - e) appareils de maintien en l'absence de dents primaires et protecteurs buccaux;
 - f) pansement temporaire pour le soulagement d'urgence de la douleur;

- g) équilibrage de l'occlusion;
 - h) nettoyage et polissage d'une prothèse, limité à la fréquence indiquée dans le TABLEAU DES PROTECTIONS.
- 6) Réparation, rebasage et regarnissage de prothèses partielles ou complètes, excluant le remplacement de dents sur une prothèse.
 - 7) Réparation de ponts fixes.
 - 8) Anesthésie locale et toute anesthésie générale requise au cours d'une chirurgie dentaire.

Soins de restauration mineure

- 1) restaurations en amalgame, acrylique, silicate ou en composite;
- 2) tenons de rétention;
- 3) couronnes préfabriquées en acier inoxydable ou polycarbonate.

Endodontie, périodontie et chirurgie buccale

- 1) Endodontie - traitement d'une maladie de la chambre pulpaire et des canaux dentaires (traitement de canal).
- 2) Périodontie:
 - a) traitement des tissus mous (gencives) et de l'os sur lequel sont implantées les dents;
 - b) équilibrage de l'occlusion - illimité.
- 3) Chirurgie buccale.

Soins de restauration majeure

- 1) Restaurations d'incrustation en or/d'incrustation de surface.
- 2) Tenons de rétention dans les incrustations et les couronnes.
- 3) Couronnes (restaurations individuelles seulement), à l'exception des couronnes préfabriquées en acier inoxydable ou polycarbonate, pour une dent qui est fracturée par des caries ou une blessure traumatique et qui ne peut être obturée par de l'amalgame ou du composite. Le remplacement d'une couronne en place est inclus si cette couronne date d'au moins quatre ans.

- 4) Prothèses dentaires, telles que ponts fixes, prothèses amovibles partielles ou complètes, à l'exception des prothèses avec des attaches de précision ou des rupteurs de force ou des attaches de précision et des couronnes télescopiques pour les ponts fixes comme suit :
- a) construction et insertion d'une prothèse dentaire permanente initiale si cette prothèse est nécessaire en raison de l'extraction d'au moins une dent naturelle pendant que la personne est couverte en vertu de la présente couverture;
 - b) le remplacement d'une prothèse dentaire déjà en place par une prothèse permanente
 - i) si cette prothèse est nécessaire en raison de l'extraction d'au moins une dent naturelle pendant que la personne est couverte en vertu de la présente couverture, ou
 - ii) si la prothèse déjà en place date d'au moins cinq ans, ou
 - iii) si la prothèse déjà en place est temporaire et est remplacée par une prothèse permanente dans les 12 mois suivant la date de l'installation de la prothèse temporaire;
 - c) les ajustements de prothèse avec des ajustements mineurs ne peuvent être effectués qu'une seule fois par période de six mois.

RESTRICTION

Aucun remboursement n'est effectué relativement à toute partie des frais en sus des frais suggérés dans le guide des tarifs approprié pour le traitement le moins coûteux qui donne un résultat adéquat du point de vue professionnel.

Le remboursement des frais de laboratoire se limite aux frais de laboratoire raisonnables et habituels de la localité où les services sont rendus. Toutefois, le remboursement total des frais de laboratoire ne doit en aucun cas dépasser 60 % des frais suggérés dans le guide des tarifs approprié pour le traitement dentaire spécifique nécessitant des services de laboratoire.

EXCLUSIONS

Aucun remboursement ne sera effectué en vertu de la présente couverture concernant ce qui suit.

- 1) Les soins dentaires reçus à des fins esthétiques lorsque la forme et la fonction des dents sont satisfaisantes et qu'aucun état pathologique n'existe.
- 2) Les frais engagés relativement à l'analyse de la diète et recommandations, à l'hygiène buccale et au programme de contrôle de la plaque dentaire.
- 3) Les soins dentaires visant la reconstruction de la bouche entière, la correction de l'espace vertical, la restauration de l'occlusion ou la correction du dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire ou pour un jumelage permanent des dents.

- 4) Les frais engagés pour des implants.
- 5) Les frais imposés par un dentiste pour les rendez-vous auxquels la personne couverte néglige de se présenter, les frais engagés pour faire remplir des demandes de remboursement ou pour les consultations par téléphone.
- 6) Les frais relatifs au remplacement de prothèses et d'appareils perdus, égarés ou volés.
- 7) Les soins dentaires qui ne sont pas encore approuvés par l'Association dentaire canadienne ou qui sont dispensés à des fins expérimentales seulement.
- 8) Les services, soins ou produits dentaires que la personne a reçus gratuitement ou qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer.
- 9) Tout traitement reçu en dehors du Canada, sauf tel qu'il est indiqué de façon précise dans la disposition relative à la COUVERTURE EN DEHORS DU CANADA.
- 10) Les services et fournitures dentaires non inclus dans la liste des frais admissibles.
- 11) Les frais admissibles qui découlent directement ou indirectement
 - a) de dommages corporels que la personne couverte s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
 - b) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel, sauf dans les cas où la seule infraction est une inculpation relative à la conduite d'un véhicule motorisé par un conducteur avec facultés affaiblies;
 - c) de toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable ou de tout autre régime public;
 - d) de la guerre, déclarée ou non, de la participation aux forces armées d'un pays, ou de participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire.

Exclusions afférentes aux prothèses et aux couronnes

Desjardins Sécurité financière n'effectue aucun remboursement en vertu de la présente couverture en ce qui concerne :

- 1) les frais relatifs au remplacement de prothèses et d'appareils perdus, égarés ou volés;
- 2) les prothèses avec des attaches de précision ou des rupteurs de force;
- 3) les attaches de précision et les couronnes télescopiques pour les ponts fixes;

- 4) les couronnes préfabriquées en acier inoxydable ou polycarbonate, sauf dans le cas des dents primaires;
- 5) les chapes de transfert pour une couronne.

ÉVALUATION PRÉALABLE DES PRESTATIONS

Lorsque le coût global estimatif d'une série proposée de soins dentaires dépasse 500 \$, il est conseillé à l'adhérent ou à la personne à charge de présenter un plan de traitement détaillé à Desjardins Sécurité financière avant le commencement de ce traitement. Desjardins Sécurité financière informe alors l'adhérent du remboursement auquel celui-ci ou la personne à charge a droit conformément aux dispositions du contrat. Le plan de traitement doit indiquer le type de soins à fournir, les dates prévues de la série de soins et les sommes exigées pour chaque soin.

Le plan de traitement présenté doit être mis à exécution par le dentiste qui l'a d'abord élaboré, sinon l'adhérent ou la personne à charge devra présenter un nouveau plan de traitement à Desjardins Sécurité financière en vue d'une nouvelle évaluation.

COUVERTURE APRÈS LA CESSATION

Les frais engagés après la date de cessation de la protection de l'adhérent ne sont pas remboursables, même si un plan de traitement détaillé en vertu de la disposition relative à l'ÉVALUATION PRÉALABLE DES PRESTATIONS a été présenté et même si Desjardins Sécurité financière a fixé les versements avant ladite date de cessation.

PROLONGATION DE LA COUVERTURE EN CAS DU DÉCÈS DE L'ADHÉRENT

Une personne à charge dont la protection en vertu du contrat aurait normalement pris fin en raison du décès de l'adhérent continuera d'être couverte en vertu de la maladie complémentaire et conformément aux autres dispositions du contrat, jusqu'au premier des événements suivants :

- 1) la fin de la période de 24 mois qui suit la date du décès de l'adhérent;
- 2) la date à laquelle le conjoint se remarie;
- 3) la date à laquelle le conjoint devient un adhérent ou une personne à charge en vertu du présent régime ou de tout autre régime d'assurance collective;
- 4) la date de cessation de la présente couverture.

PREUVE DE SINISTRE

Si le dentiste utilise le système d'échange électronique de données (EDI), l'adhérent n'a pas à présenter de demande à Desjardins Sécurité financière pour obtenir son remboursement. EDI permet au dentiste de valider l'admissibilité de la personne couverte, de confirmer que les soins dispensés ou prescrits sont couverts et d'obtenir la confirmation du montant que Desjardins Sécurité financière remboursera directement à l'adhérent, ou au dentiste, et celui que la personne couverte devra assumer. Le dentiste soumet lui-même la demande de prestations via EDI et remet une copie de la confirmation à la personne couverte.

Dans le cas d'un dentiste qui n'utilise pas le système d'échange électronique de données (EDI), l'adhérent doit soumettre une demande de prestations à Desjardins Sécurité financière. Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces justificatives et être adressées à Desjardins Sécurité financière à chaque période de 120 jours, dans la mesure où le montant de la demande le justifie et avant la fin d'une période de 12 mois consécutifs suivant la date où les frais ont été engagés.

Desjardins Sécurité financière se réserve le droit de demander des radiographies et d'autres types de diagnostics comme des rapports de spécialiste, des graphiques périodontiques et des modèles d'étude.

CENTRE D'APPEL

La personne assurée peut communiquer en tout temps avec le centre d'appel

ASSURANCE VIE

Provenance de l'appel	Numéro à composer
Sans frais	1 888 326-4553
Région de Montréal	(514) 285-7996

MALADIE COMPLÉMENTAIRE, SOINS DENTAIRES ET VOYAGE ASSISTANCE

Provenance de l'appel	Numéro à composer
Sans frais	1 800 463-7843
Région de Montréal	(514) 285-7843
Télécopieur	(418) 833-0956

| VANCOUVER

| CALGARY

| WINNIPEG

| TORONTO

| OTTAWA

| MONTRÉAL

| QUÉBEC

| HALFAX

Notre engagement envers nos adhérents

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

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

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



Desjardins
Sécurité financière™

Conjuguer avoirs et êtres

www.dsf.ca