

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

Titulaire du régime : **SYNDICAT DES TRAVAILLEURS
DES PÂTES ET DU PAPIER
DE BROMPTONVILLE**

N° de police : **22039**

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Page</u>
TABLEAU SOMMAIRE	1
CONDITIONS GÉNÉRALES	17
DÉFINITIONS	17
GÉNÉRALITÉS	20
ASSURANCE	22
PRESTATIONS	27
ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT	30
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT	34
ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	36
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT	37
ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE	39
ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE	51
ASSURANCE-MÉDICAMENTS	56
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE	59
ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA	68
ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	77
ASSURANCE SOINS DENTAIRES	83
COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÉGLEMENT	95
PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	97

TABLEAU SOMMAIRE

Le TABLEAU SOMMAIRE du régime décrit brièvement les garanties d'assurance collective selon la catégorie à laquelle appartient le participant.

Les pages suivantes donnent une description complète des CONDITIONS GÉNÉRALES et de chacune des GARANTIES du régime.

En collaboration avec :

***GFMD expert conseil
en avantages sociaux***

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Dans le présent régime, le masculin inclut le féminin, sauf si le contexte s'y oppose.

Les participants sont identifiés au moyen des catégories ci-dessous :

Catégories

- 200 – Employés de l'équipe de réserve (Dentaire - maximum 1 200 \$)
- 210 – Employés de l'équipe de réserve (Dentaire - maximum 800 \$)
- 220 – Employés de l'équipe de réserve (Dentaire - maximum 500 \$)

TABLEAU SOMMAIRE

CONDITIONS GÉNÉRALES

DATE D'ADMISSIBILITÉ

Un employé devient admissible le 1^{er} jour du mois suivant 3 mois de service continu avec l'employeur, sous réserve de toutes autres dispositions.

Toutefois, l'employé embauché au cours des 15 premiers jours d'un mois devient admissible à l'assurance le premier jour du mois suivant 2 mois de service continu avec l'employeur.

ÂGE NORMAL DE LA RETRAITE

Dans le présent régime, l'âge normal de la retraite est le premier jour du mois suivant ou coïncidant avec le 65^e anniversaire de naissance du participant.

TABLEAU SOMMAIRE

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

Capital assuré

50 000 \$

Réduction :

Cette garantie est réduite de 50 % au 65^e anniversaire de naissance du participant.

Terminaison :

Cette garantie se termine au 70^e anniversaire de naissance du participant ou à sa retraite, si elle est antérieure.

TABLEAU SOMMAIRE

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Capital assuré

Tranches de 10 000 \$

Maximum : 100 000 \$

Terminaison :

Cette garantie se termine au 65^e anniversaire de naissance du participant ou à sa retraite, si elle est antérieure.

TABLEAU SOMMAIRE

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Capital assuré

Conjoint :	15 000 \$
Chaque enfant	
- moins de 24 heures :	Sans objet
- 24 heures et plus :	15 000 \$

Terminaison :

Cette garantie se termine au 70^e anniversaire de naissance du participant ou à sa retraite, si elle est antérieure.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT

Capital assuré

Tranches de 10 000 \$

Maximum : 100 000 \$

Terminaison :

Cette garantie se termine au 65^e anniversaire de naissance du participant ou à sa retraite, si elle est antérieure.

TABLEAU SOMMAIRE

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT

Capital assuré

25 000 \$

Réduction :

Cette garantie est réduite de 50 % au 65^e anniversaire de naissance du participant.

Terminaison :

Cette garantie se termine au 70^e anniversaire de naissance du participant ou à sa retraite, si elle est antérieure.

TABLEAU SOMMAIRE

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DES PERSONNES À CHARGE

Capital assuré

Conjoint :	6 000 \$
Chaque enfant	
- moins de 24 heures :	Sans objet
- 24 heures et plus :	3 000 \$

Terminaison :

Cette garantie se termine au 70^e anniversaire de naissance du participant ou à sa retraite, si elle est antérieure.

TABLEAU SOMMAIRE

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

Prestation hebdomadaire

550 \$

Délai de carence :	Accident :	0 jour
	Hospitalisation : ⁽¹⁾	3 jours civils
	Maladie :	3 jours civils

⁽¹⁾ L'hospitalisation s'applique également dans le cas d'un patient admis dans une unité de chirurgie d'un jour, quelle que soit la durée de l'admission, mais non dans le cas d'un patient inscrit à la clinique externe ou à l'urgence. La chirurgie doit être consécutive à un accident ou une maladie et être médicalement nécessaire.

Dans la présente garantie, toute invalidité résultant d'un accident et débutant plus de 30 jours après ledit accident est considérée comme une invalidité résultant d'une maladie.

Période maximale de prestations : 104 semaines

Les prestations sont imposables et payables sur une base de jours civils.

Terminaison :

Cette garantie se termine au 65^e anniversaire de naissance du participant ou à sa retraite, si elle est antérieure.

TABLEAU SOMMAIRE

ASSURANCE-MÉDICAMENTS (médicaments admissibles selon la liste de la Régie de l'assurance-maladie du Québec)

Contribution maximale par adulte et par année civile :

La contribution maximale établie au présent régime est celle prévue en vertu de la Loi sur l'assurance-médicaments.

La contribution maximale du participant comprend également les sommes que celui-ci paie à titre de franchise et de coassurance pour ses enfants à charge, le cas échéant. Ces sommes peuvent cependant être incluses dans la contribution maximale du conjoint, si des preuves du paiement de ces sommes par le conjoint sont fournies à l'assureur.

Franchise :

Celle prévue à la garantie d'Assurance maladie complémentaire (franchise combinée pour les deux garanties), sous réserve de tout maximum prévu par la Loi sur l'assurance-médicaments.

Remboursement de l'assureur :

80 % des premiers 3 750 \$ de frais admissibles par famille, par année civile. Ce montant inclut tous les médicaments admissibles en vertu du présent régime.

Par la suite, tous les médicaments admissibles en vertu du présent régime sont remboursés à 100 %.

Cette garantie se termine au 65^e anniversaire de naissance du participant ou à sa retraite, si elle est antérieure, sous réserve des DISPOSITIONS PARTICULIÈRES POUR LES PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS prévues à la présente garantie.

TABLEAU SOMMAIRE

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

FRAIS D'HOSPITALISATION AU CANADA

Franchise :	Remboursement :	Maximum quotidien :
Aucune	100 %	Chambre semi-privée, sans limite quant au nombre de jours

FRAIS D'URGENCE HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE et SERVICE D'ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA

Franchise :	Remboursement :	Maximum par personne assurée :
Aucune	100 %	4 000 000 \$ à vie

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

Franchise :	Remboursement :	Maximum par personne assurée :
Aucune	100 %	5 000 \$ par voyage

AUTRES FRAIS MÉDICAUX AU CANADA

Franchise :	Aucune
Remboursement – médicaments (avec paiement direct) :	80 % des premiers 3 750 \$ de frais admissibles par famille, par année civile. Ce montant inclut tous les médicaments admissibles en vertu du présent contrat. Par la suite, tous les médicaments admissibles en vertu du présent contrat sont remboursés à 100 %.
– autres frais :	100 %, sauf indication contraire au Tableau sommaire
Maximum :	Illimité

Les personnes à charge, s'il y a lieu, sont assurées en vertu de la présente garantie.

Terminaison :

Cette garantie se termine au 70^e anniversaire de naissance du participant ou à sa retraite, si elle est antérieure.

TABLEAU SOMMAIRE

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par personne assurée</u>
Honoraires d'infirmiers	3 000 \$ par année civile. Ces frais sont remboursés à 90 %.
Service ambulancier	Illimité.
Oxygène	Illimité. Ces frais sont remboursés à 90 %.
Médicaments	Illimité.
Membres artificiels et prothèses oculaires	Illimité.
Fauteuil roulant, lit d'hôpital, autres appareils thérapeutiques	Illimité.
Prothèses mammaires	150 \$ par 24 mois.
Bas élastiques médicaux	100 \$ par année civile.

TABLEAU SOMMAIRE

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par personne assurée</u>
Séjour dans une maison de réadaptation, une maison de convalescence et une maison de soins pour malades chroniques	40 \$ par jour. Maximum combiné de 90 jours par année civile.
Chaussures orthopédiques (incluant les orthèses et les modifications)	750 \$ par année civile. Ces frais sont remboursés à 90 %.
Stérilets	50 \$ par année civile.
Lunettes ou lentilles cornéennes à la suite d'une opération de la cataracte	200 \$ à vie.
Frais de laboratoire et de radiographies à des fins de diagnostic	Illimité. Ces frais sont remboursés à 90 %.
Appareils orthopédiques	Illimité. Ces frais sont remboursés à 90 %.
Béquilles et bandes herniaires	Illimité. Ces frais sont remboursés à 90 %.

TABLEAU SOMMAIRE

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par personne assurée</u>
Prothèses capillaires	150 \$ par année civile. Ces frais sont remboursés à 90 %.
Injections sclérosantes	20 \$ par visite.
Échographies	300 \$ par année civile. Ces frais sont remboursés à 90 %.
Soins dentaires suite à une blessure accidentelle	Illimité. Ces frais sont remboursés à 90 %.
Honoraires paramédicaux d'un physiothérapeute et d'un thérapeute en réadaptation physique	20 \$ par visite. Maximum combiné de 700 \$ par année civile. Un (1) traitement par jour.
Honoraires paramédicaux d'un orthophoniste, d'un audiologiste et d'un ergothérapeute	Maximum de 700 \$ par année civile pour chacun de ces spécialistes. Un (1) traitement par jour. Ces frais sont remboursés à 90 %.

TABLEAU SOMMAIRE

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par personne assurée</u>
Honoraires paramédicaux d'un massothérapeute, d'un orthothérapeute et d'un kinésithérapeute	25 \$ par visite. Maximum de 700 \$ par année civile pour l'ensemble de ces spécialistes. Un (1) traitement par jour.
Honoraires paramédicaux d'un ostéopathe, d'un podiatre et d'un naturopathe	20 \$ par visite. Maximum de 700 \$ par année civile pour chacun de ces spécialistes. Un (1) traitement par jour.
Honoraires paramédicaux d'un chiropraticien	25 \$ par visite. Maximum de 700 \$ par année civile. Un (1) traitement par jour.
Radiographies par un chiropraticien	30 \$ par année civile.
Prothèses auditives	500 \$ par période de 3 ans. Ces frais sont remboursés à 90 %.

TABLEAU SOMMAIRE

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Franchise :	Aucune
Remboursement :	
– soins préventifs :	80 %
– soins de base :	80 %
– soins majeurs :	80 %
Maximum par personne assurée :	
– soins préventifs, soins de base et soins majeurs :	
• catégorie 200 :	1 200 \$ par année civile
• catégorie 210 :	800 \$ par année civile
• catégorie 220 :	500 \$ par année civile

Les personnes à charge, s'il y a lieu, sont assurées en vertu de la présente garantie.

Les frais sont remboursés selon le guide des tarifs des chirurgiens dentistes de l'année précédente.

Terminaison :

Cette garantie se termine au 70^e anniversaire de naissance du participant ou à sa retraite, si elle est antérieure.

CONDITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Les dispositions de chacune des garanties du présent régime prévalent sur toute disposition contraire aux CONDITIONS GÉNÉRALES.

Acceptation des preuves d'assurabilité : La date d'acceptation de toute preuve d'assurabilité signifie la date de réception du dernier document requis par l'assureur pour l'évaluation du risque.

Blessure accidentelle : Une lésion corporelle qui est subie pendant que l'assurance est en vigueur, qui résulte directement et exclusivement d'une cause externe, soudaine, violente et involontaire et qui nécessite les soins d'un médecin dans les trente (30) jours de sa survenance.

Délai de carence : La période continue indiquée au Tableau sommaire pendant laquelle le participant doit être absent du travail par suite d'une invalidité avant d'avoir droit à des prestations en vertu d'une garantie d'assurance salaire.

Effectivement au travail : L'état d'un participant qui accomplit ses tâches et fonctions habituelles sur une base permanente et à plein temps selon un horaire d'au moins vingt (20) heures de travail par semaine. Lorsqu'il est fait mention d'un nombre de jours de travail à temps plein, les jours de congé chômés sont considérés comme des jours de travail à temps plein.

Employé : Toute personne qui est effectivement au travail sur une base permanente pour le titulaire et qui touche régulièrement un salaire pour ses services.

Invalidité : L'incapacité totale et continue du participant, telle que définie dans les garanties du présent régime. Pour que l'invalidité soit reconnue, il faut que l'état du participant nécessite des soins réguliers effectivement donnés par un médecin ou un spécialiste. Il est entendu que lorsque des soins médicaux sont nécessaires et que, selon l'assureur, ils relèvent de la compétence d'un

CONDITIONS GÉNÉRALES

spécialiste, ces soins doivent être rendus par un spécialiste du domaine approprié.

Jour : Un jour civil, sauf stipulation contraire dans le présent régime.

Maladie : Détérioration de la santé qui nécessite des soins médicaux réguliers, continus et curatifs, effectivement donnés par un médecin et considérés comme satisfaisants par l'assureur, et dont le défaut entraînera une détérioration de l'état de santé de la personne.

Médecin : Une personne légalement licenciée et autorisée à pratiquer la médecine.

Participant : Tout employé qui est assuré en vertu du régime.

Période d'admissibilité : La période continue, telle que prévue au Tableau sommaire, pendant laquelle l'employé doit être effectivement au travail avant d'être admissible à l'assurance.

Personnes à charge : Le conjoint du participant ou les enfants du participant ou de son conjoint. Lorsque l'assurance couvre les personnes à charge, les termes «conjoint» et «enfant» sont définis ainsi :

a) Conjoint

La personne légalement mariée à un participant ou la personne désignée par ledit participant, qu'il présente publiquement comme son conjoint et avec qui il cohabite en permanence depuis au moins un (1) an, ou moins, si un enfant est issu de leur union. Dans tous les cas, la séparation de fait depuis plus de trois (3) mois fait perdre ce statut de conjoint.

b) Enfant

Tout enfant célibataire du participant ou de son conjoint résidant au Canada, qui dépend du participant pour sa subsistance et qui remplit au moins une des conditions suivantes :

- i) Être âgé de moins de vingt et un (21) ans;

CONDITIONS GÉNÉRALES

- ii) Être âgé de moins de vingt-six (26) ans et fréquenter à plein temps une institution d'enseignement reconnue;
- iii) Être devenu invalide de façon totale et permanente alors qu'il était considéré comme une personne à charge en vertu de i) ou ii) ci-dessus.

Personne assurée : Le participant et les personnes à sa charge assurées en vertu du régime.

La personne assurée doit, en tout temps, être couverte en vertu d'un régime gouvernemental d'assurance maladie et résider au Canada de façon permanente (au moins cent quatre-vingt deux [182] jours par année), pour être admissible en vertu du présent régime et pour conserver ses droits à l'assurance, à moins qu'il y ait eu entente préalable avec l'assureur, ou à moins de stipulation contraire dans le présent régime.

Salaire : La rémunération que l'employeur a déclarée à l'assureur incluant tout revenu additionnel gagné sur une base régulière (heures supplémentaires, bonis, commissions, primes de quart, pourboires) conformément aux normes établies en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi.

Pour les participants rémunérés en tout ou en partie sur une base de commissions ou de pourboires, le salaire correspond à la moyenne de la rémunération de base et des commissions ou pourboires gagnés lors de l'année civile précédant l'année d'assurance. Si l'employé n'a pas complété une (1) année de service, on utilisera la rémunération annuelle estimée de l'employé au début de l'année d'assurance jusqu'à un maximum de soixante-quinze pour cent (75 %) du *maximum de la rémunération assurable* déterminé en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi.

Salaire net : Le salaire annuel du participant immédiatement avant le début de l'invalidité, moins les déductions suivantes :

- a) La cotisation payable annuellement par l'employé en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi;
- b) La cotisation annuelle au Régime de rentes du Québec ou au Régime de pensions du Canada;

CONDITIONS GÉNÉRALES

- c) L'impôt sur le revenu selon les tables d'impôt établies en vertu de la Loi canadienne de l'impôt sur le revenu et de la Loi de l'impôt sur le revenu de la province de résidence du participant.

Spécialiste : Un médecin exerçant une spécialité de la médecine et légalement licencié par l'organisme provincial responsable.

GÉNÉRALITÉS

MODIFICATION AU RÉGIME

Les prestations prévues au présent régime sont établies en complémentarité des prestations prévues aux régimes gouvernementaux. Toute modification apportée à l'un ou l'autre des régimes gouvernementaux après la date de prise d'effet du présent régime ne pourra en aucun cas modifier les prestations prévues aux présentes, à moins d'une entente approuvée par les signataires autorisés du titulaire et de l'assureur. Toutefois, les modifications apportées au *maximum de la rémunération assurable* déterminé en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi ne sont pas visées par cette mesure.

FOURNITURES OU SERVICES MÉDICAUX COUVERTS PAR UN RÉGIME OU UN PROGRAMME GOUVERNEMENTAL

La police collective ne couvre aucune dépense liée, directement ou indirectement, à quelque fourniture ou service médical qui aurait été couvert par un régime ou un programme provincial, si la personne assurée n'avait pas choisi de recevoir sur une base privée les fournitures ou les services médicaux d'un praticien qualifié ou d'un établissement, d'une clinique ou d'un hôpital soit privé, soit public, à moins que ces fournitures ou services ne soient explicitement couverts par la police collective.

CONDITIONS GÉNÉRALES

INCONTESTABILITÉ

Lorsque des preuves d'assurabilité sont requises pour accepter l'assurance d'un participant ou d'une personne à charge, ou l'une de ses garanties, les déclarations faites dans lesdites preuves sont, sauf en cas d'erreur dans l'âge ou en cas de fraude, acceptées comme vraies et incontestables après que l'assurance ou la garantie dudit participant ou de ladite personne à charge a été en vigueur pendant deux (2) ans du vivant du participant ou de la personne à charge.

Si l'assurance est résiliée et par la suite remise en vigueur, ce délai de deux (2) ans recommence à compter de la date de remise en vigueur.

RENONCIATION

Si l'assureur n'a pas exigé l'observation d'une condition quelconque du régime, cela ne l'engage pas à agir de la même façon en cas de défaut d'exécuter ou d'observer la même condition à l'avenir. De plus, le fait que l'assureur ait approuvé une action quelconque du titulaire ou d'un participant lorsque cette approbation était requise n'a pas pour effet de dispenser le titulaire ou le participant de l'obligation d'obtenir l'approbation de l'assureur pour toute action semblable ultérieure.

ATTESTATION INDIVIDUELLE

L'assureur établit une attestation individuelle de participation que le titulaire doit remettre à chaque participant.

MONNAIE LÉGALE

Les sommes dues en vertu du présent régime sont payables en monnaie légale du Canada et selon le taux de change en vigueur au moment de l'événement donnant droit à des prestations.

CONDITIONS GÉNÉRALES

BÉNÉFICIAIRE

Tout participant peut désigner un bénéficiaire ou changer, sous réserve des dispositions de la loi, un bénéficiaire désigné sur déclaration écrite signée par tel participant et déposée au siège social de l'assureur.

L'assureur n'assume aucune responsabilité quant à la suffisance ou la validité de telle désignation ou changement de bénéficiaire.

Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant le participant retournent au participant.

À défaut de bénéficiaires, la prestation de décès est payable aux ayants droit du participant.

ASSURANCE

ADMISSIBILITÉ

Employé

Un employé est admissible :

- a) dès la prise d'effet du régime, s'il est effectivement au travail et s'il a complété la période d'admissibilité spécifiée au Tableau sommaire, le cas échéant, ou
- b) dans tous les autres cas, à la date à laquelle il a complété la période d'admissibilité spécifiée au Tableau sommaire, le cas échéant.

Cependant, aucun employé engagé après la prise d'effet du régime n'est admissible à l'assurance s'il atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans avant la fin de la période d'admissibilité.

De plus, un participant n'est pas admissible à l'assurance salaire de longue durée s'il atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans avant la fin du délai de carence de cette garantie.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Personnes à charge

Une personne à charge devient admissible à l'assurance à la plus éloignée des dates suivantes :

- a) La date à laquelle l'employé dont elle est à charge est admissible à l'assurance;
- b) La date à laquelle elle répond pour la première fois à la définition d'une personne à charge du présent régime;
- c) Le lendemain de sa sortie de l'hôpital, si elle est hospitalisée à la date à laquelle elle serait normalement admissible. Toutefois, cette restriction ne s'applique pas pour la garantie d'assurance vie ou dans le cas d'un nouveau-né.

DEMANDE DE PARTICIPATION

Tout employé admissible à l'assurance doit remplir une demande de participation pour lui-même et pour chacune des personnes à sa charge, à la date respective de leur admissibilité, au moyen des formulaires fournis par l'assureur.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

Que la participation au régime soit obligatoire ou facultative, l'assurance d'un employé et, s'il y a lieu, celle de ses personnes à charge prennent effet à l'une des dates suivantes :

- a) La date d'admissibilité, si la demande de participation est reçue par l'assureur avant cette date ou dans les trente et un (31) jours qui suivent cette date;
- b) Dans les autres cas, si l'assureur accepte les preuves d'assurabilité exigibles, la date d'acceptation des preuves par l'assureur. L'employé doit fournir ces preuves sans aucuns frais de la part de l'assureur.

Cependant, si l'employé n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle l'assurance aurait dû prendre effet, l'assurance ne prend effet qu'à la date à laquelle l'employé retourne effectivement au travail.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Tout montant d'assurance qui excède le maximum sans preuve d'assurabilité indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant, prend effet à la date à laquelle l'assureur accepte les preuves d'assurabilité.

FIN DE L'ASSURANCE

Participant

L'assurance du participant se termine d'office à la première des dates suivantes :

- a) La date de résiliation de la garantie ou du régime;
- b) La date à laquelle le participant prend sa retraite, à moins d'indication contraire au Tableau sommaire;
- c) La date à laquelle le participant atteint l'âge limite indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant;
- d) La date du décès du participant;
- e) La plus éloignée des dates suivantes :
 - i) la date indiquée sur un avis écrit reçu du titulaire;
 - ii) la date de réception de cet avis par l'assureur.
- f) La date à laquelle le participant est incarcéré suite à la commission d'un acte criminel pour lequel il a été reconnu coupable;
- g) La date à laquelle le participant cesse d'être un employé selon la définition du présent régime sauf dans les cas suivants :
 - i) Si le participant n'est pas effectivement au travail par suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle, il est réputé être à l'emploi de l'employeur tant qu'il a droit au versement de l'assurance salaire prévue aux présentes;
 - ii) Si la cessation temporaire d'emploi est attribuable à une grève ou un lock-out, l'assurance, sauf l'assurance salaire, est maintenue intégralement pour une période n'excédant pas six (6) mois pour tous les participants à condition que les primes continuent d'être versées et qu'il n'y ait aucune sélection individuelle.

CONDITIONS GÉNÉRALES

L'assurance peut cependant être résiliée ou modifiée dans les sept (7) premiers jours de l'événement, si le titulaire en fait la demande par écrit à l'assureur et s'il y a entente entre les deux parties. La résiliation ou la modification prend effet à la date de réception de la demande par l'assureur;

- iii) Si la cessation d'emploi est attribuable à la mise à pied temporaire d'un participant, d'une classe ou d'une catégorie d'employés, l'assurance est maintenue intégralement pour une période n'excédant pas six (6) mois pour tous les participants, à condition que les primes continuent d'être versées et qu'il n'y ait aucune sélection individuelle.

Toutefois, si la mise à pied temporaire est due à la fermeture temporaire de l'usine, l'assurance est maintenue intégralement pour une période n'excédant pas trois (3) semaines, à condition que les primes continuent d'être versées et qu'il n'y ait aucune sélection individuelle.

L'assurance peut cependant être résiliée si le titulaire en fait la demande par écrit à l'assureur et la résiliation prend effet à la date de réception de la demande par l'assureur;

- iv) Si le participant n'est plus effectivement au travail en raison d'un congé pris conformément à une loi provinciale ou fédérale, l'assurance est maintenue intégralement pour la période maximale prévue à cette loi, à condition que les primes continuent d'être versées.

Lorsque l'invalidité survient durant un tel congé, le délai de carence de l'assurance salaire ne commence qu'à la date prévue de retour au travail du participant;

Toutefois, l'assureur se réserve le droit de mettre fin à toute prolongation d'assurance énoncée au présent article moyennant un préavis de trente et un (31) jours au titulaire.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Personnes à charge

À moins d'indication contraire au Tableau sommaire, l'assurance d'une personne à charge se termine à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle le participant dont elle est à charge cesse d'être assuré en vertu du régime;
- b) La date à laquelle la personne à charge ne répond plus à la définition de personnes à charge du présent régime.
- c) La plus éloignée des dates suivantes :
 - i) la date indiquée sur un avis écrit reçu du titulaire;
 - ii) la date de réception de cet avis par l'assureur.

Les dispositions ci-dessus sont également applicables en cas de résiliation partielle de l'assurance par suite de la résiliation d'une ou de plusieurs garanties.

REMISE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE

Que la participation au régime soit obligatoire ou facultative, l'assurance d'un employé et celle des personnes à sa charge, s'il y a lieu, peuvent être remises en vigueur aux mêmes conditions et avec les mêmes garanties qui existaient lors de la résiliation. La remise en vigueur prend effet à l'une des dates suivantes :

- a) La date à laquelle l'employé retourne effectivement au travail, à condition qu'il soit de nouveau admissible et que sa demande parvienne à l'assureur dans les trente et un (31) jours qui suivent la date de son retour au travail, si l'absence a duré moins de douze (12) mois. Passé ce délai de trente et un (31) jours, l'assurance ne prend effet qu'à la date à laquelle l'assureur accepte les preuves d'assurabilité que l'employé doit lui soumettre sans aucuns frais de la part de l'assureur;
- b) La date à laquelle l'assureur accepte les preuves d'assurabilité que l'employé doit lui soumettre sans aucuns frais de la part de l'assureur, si l'assurance a pris fin sans qu'il y ait eu absence de l'employé;

CONDITIONS GÉNÉRALES

- c) La date à laquelle l'employé et les personnes à charge, s'il y a lieu, répondent à nouveau aux conditions d'admissibilité et de prise d'effet de l'assurance, si la cessation d'emploi a duré plus de douze (12) mois.

Toutefois, l'employé qui n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle son assurance devrait être remise en vigueur en vertu du présent article ne pourra être assuré de nouveau qu'à la date à laquelle il retournera effectivement au travail. De plus, si un régime d'assurance vie individuelle a été établi en vertu de l'article «Droit de transformation» de la garantie d'assurance vie collective du participant, et que ce régime d'assurance vie individuelle est encore en vigueur, la personne assurée ne pourra être assurée de nouveau en vertu de la garantie d'assurance vie collective qu'à la date à laquelle l'assureur acceptera les preuves d'assurabilité qu'elle doit lui soumettre.

PRESTATIONS

DEMANDE DE RÈGLEMENT ET DÉLAI

Assurance maladie complémentaire et Assurance soins dentaires, s'il y a lieu :

Toute demande de règlement d'Assurance maladie complémentaire et de Soins dentaires doit être transmise à l'assureur dans les douze (12) mois suivant immédiatement la date de survenance du sinistre donnant droit à des prestations, au moyen des formulaires fournis par l'assureur et, s'il y a lieu, avec les preuves écrites satisfaisantes.

Autres garanties :

Toute autre demande de règlement doit être faite sur les formulaires fournis à cet effet par l'assureur dans les trente et un (31) jours suivant immédiatement la date de survenance du sinistre donnant droit à des prestations, et des preuves écrites satisfaisantes doivent parvenir à l'assureur dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant immédiatement la date à laquelle des prestations sont payables.

CONDITIONS GÉNÉRALES

L'assureur se réserve le droit d'exiger des preuves ou renseignements additionnels et de faire examiner la personne assurée par un médecin de son choix.

Toute demande soumise après un délai de quatre-vingt-dix (90) jours et pendant que le régime est en vigueur limite la responsabilité de l'assureur à la période de quatre-vingt-dix (90) jours précédant la date de réception de la demande écrite.

Nonobstant toute stipulation à effet contraire, lors d'une résiliation de régime, toute demande de prestations d'assurance salaire doit être soumise à l'assureur dans les six (6) mois suivant le début de l'invalidité, et toute autre demande de prestations d'assurance doit être soumise dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de résiliation du régime.

DROIT DE RECOUVREMENT

Si la personne assurée peut réclamer à un tiers des indemnités suite à une maladie ou une blessure accidentelle donnant droit à des prestations payables en vertu des garanties du présent régime, l'assureur a le droit de recouvrer auprès de toute personne, incluant la personne assurée, de tout assureur ou de tout autre organisme les indemnités que la personne assurée aurait reçues ou auxquelles elle aurait eu droit, sous réserve toutefois du maximum des indemnités payables en vertu des garanties du présent régime.

EXAMEN MÉDICAL

L'assureur a le droit de faire examiner, à ses frais et aussi souvent qu'il le juge nécessaire, la personne pour qui une demande de règlement est faite et de recevoir le rapport de tout médecin ou de tout dentiste qui l'aura examinée.

Le défaut de se présenter à un tel examen fait perdre à la personne assurée le droit aux prestations.

PAIEMENT DES PRESTATIONS

L'assureur paiera les sommes assurées, suivant les conditions du régime, dans les trente (30) jours qui suivent la date de réception des preuves jugées satisfaisantes par l'assureur. Toutefois, s'il s'agit d'une invalidité, le délai de

CONDITIONS GÉNÉRALES

trente (30) jours commence à la date d'expiration du délai de carence, si cette date est ultérieure à la date de réception des preuves jugées satisfaisantes par l'assureur. Les versements sont effectués selon les conditions du régime avec effet rétroactif.

Les prestations d'assurance salaire payables à un participant incapable de gérer ses biens et de donner quittance sont versées à son tuteur ou curateur. Toutefois, après une période de six (6) mois suivant la date à laquelle le participant a été déclaré inapte par un médecin, l'assureur continuera de verser les prestations payables à la condition que des procédures relatives à l'ouverture d'un régime de protection soient entreprises.

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

Au décès du participant, l'assureur s'engage à verser au bénéficiaire le capital assuré indiqué au Tableau sommaire, selon la catégorie à laquelle appartient le participant et sous réserve des conditions ci-après énoncées.

DÉFINITION PARTICULIÈRE

Invalidité:

Si le participant est couvert en vertu de la garantie ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE du présent régime :

L'incapacité totale et continue du participant, par suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle, qui l'empêche complètement d'exercer :

- a) Toutes et chacune des tâches de son travail régulier durant le délai de carence de la garantie d'Assurance salaire de longue durée et durant les vingt-quatre (24) mois qui suivent immédiatement ce délai, sans égard à la disponibilité de ce travail;
- b) Et par la suite, toute fonction ou tout emploi rémunéré pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de sa formation, de son instruction et de son expérience, sans égard à la disponibilité de ce travail.

L'invalidité n'est reconnue qu'à la condition que le participant ne reçoive aucune rémunération directe ou indirecte d'un travail, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par l'assureur.

Si le participant n'est pas admissible à recevoir des prestations ou n'est pas couvert en vertu de la garantie ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE du présent régime :

L'incapacité totale et continue du participant, par suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle qui l'empêche de faire quelque travail que ce soit contre rémunération ou profit.

DROIT DE TRANSFORMATION

Le participant qui n'a pas atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans et dont l'assurance collective est résiliée par suite de la cessation de son emploi ou de son appartenance au groupe, et non pas de la résiliation du présent régime

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

(sous réserve toutefois des dispositions de la loi à cet effet), peut transformer, dans les trente et un (31) jours qui suivent la date de cette résiliation, la totalité ou une partie de sa protection d'assurance vie en une police d'assurance vie individuelle d'un genre habituellement émis par l'assureur, et sans soumettre de preuve d'assurabilité. Le participant peut choisir l'un des types d'assurance suivants :

- a) permanente;
- b) temporaire à soixante-cinq (65) ans;
- c) temporaire un (1) an et transformable en assurance permanente ou temporaire à soixante-cinq (65) ans à la fin de la période d'un (1) an.

Dans tous les cas, le montant d'assurance de la police individuelle est le moindre des montants suivants, que le participant soit assuré en vertu de plus d'une garantie d'assurance vie, d'assurance vie facultative ou par plus d'une police d'assurance collective établies par l'assureur :

- a) Le montant choisi par le participant lors de la transformation.
- b) Le montant pour lequel le participant était assuré immédiatement avant la fin de son assurance.
- c) La différence entre le montant pour lequel le participant était assuré immédiatement avant la fin de son assurance et le montant auquel il est admissible en vertu d'un nouveau contrat d'assurance vie collective.
- d) Deux cent mille dollars (200 000 \$).

Cette police d'assurance individuelle ne contient aucune clause d'invalidité ni de mort ou mutilation accidentelle et la prime est basée sur les taux de l'assureur alors en usage et qui sont applicables au plan et au montant de telle police, selon l'âge atteint du participant et la classe de risque à laquelle il appartient.

Ladite police n'est émise que si une demande écrite à cet effet et si un dépôt couvrant la prime mensuelle d'une police temporaire un (1) an sont reçus par l'assureur dans les trente et un (31) jours suivant la date de la fin de l'assurance du participant et ne prend effet qu'à l'expiration de cette période.

Advenant le décès d'un participant pendant la période de trente et un (31) jours suivant la date de la fin de son assurance, l'assureur paie un montant égal au montant d'assurance transformable avant la date de la fin de son assurance.

EXONÉRATION DES PRIMES

- a) Un participant âgé de moins de soixante-cinq (65) ans qui devient invalide est admissible à l'exonération du paiement de la prime en vertu de la présente garantie, à condition qu'il soit admissible aux prestations en vertu de la garantie d'assurance salaire de longue durée du présent régime.

Si le participant n'est pas admissible à recevoir des prestations ou s'il n'est pas couvert en vertu de la garantie d'assurance salaire de longue durée, il est admissible à l'exonération du paiement de la prime pour la présente garantie s'il répond à chacune des conditions suivantes :

- i) Être âgé de moins de soixante-cinq (65) ans à la date du début de son invalidité;
- ii) Être devenu invalide avant la cessation de son emploi, selon la définition d'invalidité de la présente garantie, et alors qu'il était assuré en vertu de la présente garantie;
- iii) Être invalide depuis au moins six (6) mois continus. La preuve de son invalidité doit être considérée comme satisfaisante par l'assureur et doit lui être remise dans les neuf (9) mois du début de l'invalidité et ce, sans aucuns frais de la part de l'assureur.

Le montant d'assurance pour lequel le participant est exonéré du paiement de la prime ne peut dépasser celui qui était en vigueur sur sa tête à la date du début de son invalidité; ce montant sera réduit ou résilié tel qu'il est indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant, comme si le participant avait été effectivement au travail.

- b) L'exonération des primes du participant débute à la première des dates suivantes :
- i) le jour suivant le délai de carence de l'assurance salaire de longue durée, le cas échéant;
 - ii) le jour suivant une période continue de six (6) mois d'invalidité.
- c) Le participant dont les primes sont exonérées en vertu de cet article doit soumettre à l'assureur une preuve de la persistance de son invalidité aussi souvent que l'assureur peut raisonnablement l'exiger. Cette preuve doit être soumise sans aucuns frais de la part de l'assureur.

- d) L'exonération des primes d'un participant cesse à la première des dates suivantes :
- i) La date à laquelle le participant cesse d'être invalide;
 - ii) La date à laquelle le participant omet de se faire examiner par le médecin désigné par l'assureur;
 - iii) La date à laquelle le participant prend sa retraite ou atteint l'âge normal de la retraite aux termes du régime de rentes de l'employeur, mais sans jamais dépasser l'âge normal de la retraite indiqué au Tableau sommaire du présent régime;
 - iv) La date à laquelle le participant atteint l'âge de cessation indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant;
 - v) La date à laquelle le participant omet de soumettre une preuve d'invalidité demandée par l'assureur;
 - vi) La date à laquelle le participant est incarcéré suite à la commission d'un acte criminel pour lequel il a été reconnu coupable.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Un participant peut obtenir un montant d'assurance vie facultative à la condition d'en faire la demande et de fournir les preuves d'assurabilité jugées nécessaires par l'assureur.

Le capital assuré en vertu de la présente garantie est indiqué au Tableau sommaire, selon la catégorie à laquelle le participant appartient et selon le volume qu'il aura préalablement choisi.

L'assureur s'engage à verser au bénéficiaire le capital assuré au moment du décès, sous réserve des conditions ci-après énoncées.

STATUT DE NON-FUMEUR

Le participant qui désire bénéficier du taux préférentiel accordé aux non-fumeurs doit faire une déclaration de non-fumeur sur sa demande de participation à l'assurance vie facultative.

Définition : Pour être reconnu comme non-fumeur, le participant ne doit pas avoir fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit au cours des douze (12) mois qui précèdent la date de la signature de sa demande de participation à la présente garantie.

Fausse déclaration : Le participant qui déclare être non-fumeur sur sa demande de participation ou sur sa dernière déclaration d'assurabilité, si elle est plus récente, alors qu'il est un fumeur selon la définition ci-dessus, fait une fausse déclaration.

S'il est établi, après le décès du participant, que ce dernier a fait une fausse déclaration, l'assurance vie facultative de ce participant est nulle et sans effet et aucune somme n'est payable en vertu de la présente garantie pour ce participant.

Changement de statut : L'assureur se réserve le droit d'exiger du participant qu'il fournisse de nouveau une déclaration de son statut de non-fumeur chaque fois que des preuves d'assurabilité deviennent exigibles.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

EXCLUSION

Si un participant se suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non, alors qu'il est assuré depuis moins de vingt-quatre (24) mois consécutifs en vertu de la présente garantie, l'assureur ne rembourse que les primes perçues pour ce participant et ce remboursement le libère de toutes obligations en vertu des présentes.

Le délai de vingt-quatre (24) mois recommence à courir à la date où

- a) l'assurance vie facultative est remise en vigueur;
- b) le volume d'assurance vie facultative est augmenté à la demande du participant, mais uniquement pour le montant d'assurance additionnel.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Toute autre disposition de la garantie ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT fait partie intégrante de la présente garantie.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Au décès d'une personne à charge, l'assureur s'engage à verser au participant les prestations prévues aux présentes, sous réserve des conditions énoncées ci-après.

Le capital assuré est indiqué au Tableau sommaire, selon la catégorie à laquelle appartient le participant.

EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsqu'un participant est exonéré du paiement de ses primes en vertu de l'article *Exonération des primes* de sa garantie d'assurance vie, il est aussi admissible à l'exonération du paiement des primes relatives à la présente garantie sous réserve des mêmes conditions.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE AU DÉCÈS DU PARTICIPANT

Au décès du participant, l'assurance des personnes à charge est prolongée, sans paiement des primes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) Trois (3) mois après le décès du participant;
- b) La date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si le participant avait été vivant;
- c) La date de résiliation de la garantie ou du régime.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT

Un participant peut obtenir pour son conjoint un montant d'assurance vie facultative à la condition d'en faire la demande et de fournir les preuves d'assurabilité jugées nécessaires par l'assureur.

Le capital assuré en vertu de la présente garantie est indiqué au Tableau sommaire, selon la catégorie à laquelle le participant appartient et selon le volume qu'il aura préalablement choisi.

L'assureur s'engage à verser au participant le capital assuré au moment du décès, sous réserve des conditions ci-après énoncées.

STATUT DE NON-FUMEUR

Le conjoint qui désire bénéficier du taux préférentiel accordé aux non-fumeurs doit faire une déclaration de non-fumeur sur sa demande de participation à l'assurance vie facultative.

Définition

Pour être reconnu comme non-fumeur, le conjoint ne doit pas avoir fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit au cours des douze (12) mois qui précèdent la date de la signature de sa demande de participation à la présente garantie.

Fausse déclaration

Le conjoint qui déclare être non-fumeur sur sa demande de participation ou sur sa dernière déclaration d'assurabilité, si elle est plus récente, alors qu'il est un fumeur selon la définition ci-dessus, fait une fausse déclaration.

S'il est établi, après le décès du conjoint, que ce dernier a fait une fausse déclaration, l'assurance vie facultative de ce conjoint est nulle et sans effet et aucune somme n'est payable en vertu de la présente garantie pour ce conjoint.

Changement de statut

L'assureur se réserve le droit d'exiger du conjoint qu'il fournisse de nouveau une déclaration de son statut de non-fumeur chaque fois que des preuves d'assurabilité deviennent exigibles.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT

EXCLUSION

Si la personne assurée se suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non, alors qu'elle est assurée depuis moins de vingt-quatre (24) mois consécutifs en vertu de la présente garantie, l'assureur ne rembourse que les primes perçues pour cette personne et ce remboursement le libère de toutes obligations en vertu des présentes.

Le délai de vingt-quatre (24) mois recommence à courir à la date où

- a) l'assurance vie facultative est remise en vigueur;
- b) le volume d'assurance vie facultative de la personne assurée est augmenté à la demande du participant, mais uniquement pour le montant d'assurance additionnel.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Toute autre disposition de la garantie ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE fait partie intégrante de la présente garantie.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE

L'assureur s'engage à verser le capital assuré au moment du décès accidentel ou de la mutilation accidentelle, pourvu que la garantie d'assurance vie de la personne assurée soit en vigueur et sous réserve des conditions ci-après énoncées.

Le capital assuré est indiqué au Tableau sommaire, selon la catégorie à laquelle appartient le participant.

Le paiement sera fait à l'ordre du participant, sauf dans le cas où le participant aurait perdu la vie. Dans un tel cas, le paiement sera fait à l'ordre du bénéficiaire du participant.

DÉFINITIONS PARTICULIÈRES

Perte de l'usage : la perte totale et irrécouvrable de l'usage si la perte a lieu au cours d'une période ininterrompue de douze (12) mois consécutifs et que ladite perte de l'usage soit réputée être permanente à la fin de la période en question.

Quadriplégie : la paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs.

Paraplégie : la paralysie totale des membres inférieurs.

Hémiplégie : la paralysie totale des membres supérieur et inférieur d'un côté du corps.

CONDITIONS PARTICULIÈRES

Le capital assuré est payable si la personne assurée subit l'une des pertes accidentelles décrites dans le TABLEAU DES MONTANTS D'ASSURANCE ci-après, à condition que la perte résulte directement et exclusivement d'une blessure accidentelle, qu'elle soit indépendante de toute autre cause et qu'elle survienne dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent l'accident. Aucune prestation n'est versée pour des pertes résultant d'accidents antérieurs à la prise d'effet de l'assurance de la personne assurée.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE

TABLEAU DES MONTANTS D'ASSURANCE

<u>Perte accidentelle</u>	<u>Pourcentage du capital assuré</u>
- De la vie	100 %
- Des deux mains	100 %
- Des deux pieds	100 %
- D'une main et d'un pied	100 %
- De la vue des deux yeux	100 %
- D'une main et de la vue d'un oeil	100 %
- D'un pied et de la vue d'un oeil	100 %
- De l'ouïe des deux oreilles et de la parole	100 %
- D'un bras	75 %
- D'une jambe	75 %
- D'une main	66 2/3 %
- D'un pied	66 2/3 %
- De la vue d'un oeil	66 2/3 %
- De la parole	66 2/3 %
- De l'ouïe des deux oreilles	66 2/3 %
- Du pouce et de l'index d'une main	33 1/3 %
- Des quatre doigts d'une main	33 1/3 %
- De tous les orteils d'un pied	33 1/3 %
- De l'ouïe d'une oreille	25 %
- Quadriplégie, paraplégie, hémiplegie	200 %

EXPOSITION ET DISPARITION

Si une personne assurée est inévitablement exposée aux éléments en raison d'un accident couvert en vertu de la présente garantie, et si par suite d'une telle exposition, elle subit une perte pour laquelle des prestations sont

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE

autrement payables dans la garantie, la perte en question sera payable en vertu de la présente garantie.

Si le corps d'une personne assurée n'est pas retrouvé un (1) an après l'accident qui a occasionné la disparition ou le naufrage du moyen de transport dans lequel la personne assurée se déplaçait au moment de l'accident et qui est survenu dans des circonstances qui seraient autrement couvertes par la présente garantie, la personne assurée sera réputée avoir subi une perte de la vie pour laquelle des prestations sont payables aux présentes, à moins de preuve du contraire.

RÉADAPTATION

Advenant que le participant subisse une perte pour laquelle des prestations sont payables en vertu des présentes, le participant peut faire une demande de prestations supplémentaires par écrit auprès de l'assureur, à son siège social, jusqu'à concurrence de dix mille dollars (10 000 \$), pour couvrir les dépenses engagées dans le cadre d'un programme de réadaptation, à condition que :

- a) La perte entraîne l'incapacité du participant d'accomplir en grande partie toutes les fonctions importantes de sa profession;
- b) La perte exige que le participant entreprenne une formation spéciale afin de pouvoir exercer une profession différente dans laquelle il ne se serait pas engagé autrement;
- c) Le programme de réadaptation soit approuvé à l'avance par l'assureur;
- d) Les dépenses relatives au programme de réadaptation soient bel et bien engagées dans les trois (3) ans qui suivent la date de l'accident occasionnant la perte en question;
- e) Les dépenses afférentes au programme de réadaptation soient réputées être nécessaires et raisonnables par l'assureur. Les frais habituels de subsistance (par exemple la pension), de déplacement et d'habillement ne sont pas remboursés.

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

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE

FORMATION PROFESSIONNELLE

Le conjoint d'un participant qui a subi par suite d'un accident une perte de la vie pour laquelle des prestations sont payables en vertu des présentes peut faire une demande de prestations par écrit auprès de l'assureur, jusqu'à concurrence de dix mille dollars (10 000 \$), pour couvrir les dépenses engagées dans le cadre d'un programme de formation professionnelle, à condition que :

- a) Le programme de formation professionnelle permette au conjoint d'exercer un emploi effectif qu'il n'aurait pu exercer autrement avant d'entreprendre ledit programme;
- b) Le programme de formation soit approuvé à l'avance par l'assureur;
- c) Les dépenses afférentes au programme de formation professionnelle soient bel et bien engagées dans les trois (3) ans qui suivent la date de l'accident du participant;
- d) Les dépenses relatives au programme de formation professionnelle soient réputées être nécessaires et raisonnables par l'assureur. Les frais habituels de subsistance (par exemple, la pension), de déplacement et d'habillement ne sont pas remboursés.

Advenant que le conjoint reçoive des prestations en vertu des présentes, il n'est pas admissible aux prestations payables par la garantie d'ÉDUCATION.

ÉDUCATION

La personne à charge d'un participant qui a subi par suite d'un accident une perte de la vie pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie peut faire une demande de prestations par écrit auprès de l'assureur, pour couvrir les dépenses engagées pour la poursuite de ses études comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire, à condition que :

- a) Au moment du décès du participant, la personne à charge soit inscrite comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire, ou si elle est inscrite au niveau du secondaire au moment du décès du participant, qu'elle s'inscrive comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE

de niveau postsecondaire dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent le décès du participant;

- b) Une preuve, à la satisfaction de l'assureur, selon laquelle la personne à charge est étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire, soit fournie à l'assureur sur demande.

Des prestations sont versées par l'assureur chaque année, pendant un maximum de quatre (4) années consécutives. Le premier versement sera effectué à la dernière des éventualités suivantes à survenir : la date à laquelle les prestations afférentes à la perte de la vie à l'égard du participant sont payables en vertu de la présente garantie ou la date à laquelle l'assureur reçoit à son siège social une preuve selon laquelle la personne à charge est inscrite comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire. Les prestations subséquentes sont versées pour chaque année scolaire successive à la date à laquelle l'assureur reçoit à son siège social la preuve selon laquelle la personne à charge poursuit ses études à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire. Chaque paiement égale le moindre des deux montants suivants :

- a) Le montant réel des dépenses engagées par la personne à charge pour la poursuite de ses études; ou
- b) Cinq mille dollars (5 000 \$).

Advenant que le conjoint reçoive des prestations en vertu des présentes, il n'est pas admissible aux prestations versées en vertu de la garantie de FORMATION PROFESSIONNELLE.

TRANSPORT ET HÉBERGEMENT DE LA FAMILLE

Advenant l'hospitalisation d'une personne assurée alors qu'elle est assurée en vertu de la présente garantie et que cette hospitalisation résulte d'une perte pour laquelle des prestations sont payables en vertu des présentes, le participant peut faire la demande de prestations supplémentaires par écrit auprès de l'assureur, jusqu'à concurrence de deux mille dollars (2 000 \$), pour couvrir les dépenses réelles relatives à l'hébergement et au transport

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE

engagées par les membres de la famille immédiate de la personne assurée lui rendant visite à condition que :

- a) Les dépenses d'hébergement et de transport soient occasionnées uniquement par la visite faite à la personne assurée;
- b) Le transport ait été effectué par le chemin le plus direct à destination de l'hôpital;
- c) L'hôpital soit situé à au moins cent cinquante (150) kilomètres du lieu de résidence habituel de la personne assurée;
- d) La personne assurée soit sous les soins réguliers d'un médecin ou d'un chirurgien autorisé, autre qu'elle-même;
- e) Le médecin traitant ou le chirurgien puisse confirmer que la visite effectuée par un membre de la famille soit salutaire à la personne assurée;
- f) Les dépenses d'hébergement et de transport soient réputées être nécessaires et raisonnables par l'assureur.

Si le transport à l'hôpital s'effectue dans un véhicule ou un moyen de transport autre qu'un véhicule autorisé à transporter des passagers moyennant paiement, le remboursement des dépenses de transport est limité à un maximum de vingt cents (0,20 \$) du kilomètre.

Comme il est stipulé ci-dessus :

- ♦ **Soins réguliers** : observation et traitement dans la mesure nécessaire prescrite par les normes existantes de la médecine pour traiter l'état nécessitant ladite hospitalisation.
- ♦ **Famille immédiate** : une personne d'au moins dix-huit (18) ans, dont la relation avec la personne assurée en est une de conjoint, fils, fille, père, mère, frère, soeur, gendre, bru, beau-père, belle-mère, beau-frère ou belle-soeur.

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

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE

RAPATRIEMENT

Si une personne assurée, pendant qu'elle est assurée en vertu de la présente garantie, subit une perte de la vie par suite d'un accident alors qu'elle est à l'extérieur de sa province de résidence, et que des prestations sont payables pour cette perte en vertu des présentes, l'assureur remboursera les dépenses réelles engagées jusqu'à concurrence de dix mille dollars (10 000 \$) pour :

- a) La préparation de la dépouille mortelle de la personne assurée en vue du transport, et
- b) Le transport de la dépouille mortelle de la personne assurée à son premier lieu de repos (y compris un salon funéraire sans toutefois s'y limiter) à proximité de son lieu de résidence habituel.

La personne ayant engagé les dépenses relatives à la préparation et au transport de la dépouille mortelle de la personne assurée est remboursée pourvu que ladite personne fournisse une preuve, à la satisfaction de l'assureur, qu'elle a bel et bien engagé lesdites dépenses.

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

TRANSFORMATIONS DU DOMICILE ET DU VÉHICULE

Advenant qu'une personne assurée, alors qu'elle est assurée en vertu de la présente garantie, subisse une perte pour laquelle des prestations sont payables en vertu des présentes et qu'en raison de cette perte la personne assurée doive utiliser un fauteuil roulant pour se déplacer, le participant peut faire la demande de prestations supplémentaires par écrit auprès de l'assureur, à son siège social, jusqu'à concurrence de dix mille dollars (10 000 \$), pour couvrir les dépenses engagées à l'égard de ce qui suit :

- a) Le coût d'une seule série de transformations de la résidence principale de la personne assurée pour que ladite résidence soit adaptée de manière à être accessible et habitable par fauteuil roulant; et
- b) Le coût d'une seule série de transformations du véhicule à moteur utilisé par la personne assurée de manière à ce qu'il soit accessible par

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE

fauteuil roulant et que la personne assurée puisse le conduire elle-même.

Les prestations sont payables pourvu que :

- a) Les dépenses afférentes aux transformations de la résidence de la personne assurée ou de son véhicule à moteur soient jugées raisonnables et nécessaires par l'assureur;
- b) Les dépenses soient engagées dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent l'accident ayant entraîné la perte;
- c) Les transformations du domicile soient effectuées par une ou par des personnes expérimentées dans ce genre de transformations et soient recommandées, par écrit, par un organisme reconnu qui fournit du soutien aux usagers de fauteuils roulants;
- d) Les transformations du véhicule à moteur soient effectuées par une ou par des personnes expérimentées dans ce genre de transformations et soient approuvées par les autorités provinciales en matière d'émission de permis.

CEINTURE DE SÉCURITÉ

Advenant qu'une personne assurée, alors qu'elle est assurée en vertu de la présente garantie, subisse une perte pour laquelle des prestations sont payables en vertu des présentes et que ladite perte survienne alors qu'elle conduisait un véhicule à moteur quelconque, l'assureur paiera des prestations supplémentaires équivalentes à dix pour cent (10 %) de son capital assuré, pourvu que :

- a) Le conducteur du véhicule à moteur conduisait prudemment au moment de l'accident;
- b) La personne assurée avait bouclé sa ceinture de sécurité au moment de l'accident. Une preuve, jugée satisfaisante par l'assureur, selon laquelle la personne assurée portait sa ceinture de sécurité au moment de l'accident, doit être soumise à l'assureur au moment de présenter la demande de règlement;

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE

- c) Le conducteur du véhicule à moteur possédait un permis de conduire en règle permettant au conducteur de conduire le genre de véhicule à moteur utilisé.

Comme il est stipulé ci-dessus :

- ♦ **Véhicule à moteur** : un véhicule à moteur privé pour passagers.
- ♦ **Ceinture de sécurité** : un système de retenue dans un véhicule à moteur privé pour passagers.

GARDERIE

Si, par suite d'un accident, un participant subit une perte de la vie pour laquelle des prestations sont payables en vertu des présentes, et que l'enfant à sa charge est inscrit dans une garderie à la date de son décès ou est inscrit dans une garderie dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent son décès, la personne qui agit à titre de père ou de mère peut faire une demande de prestations par écrit auprès de l'assureur, pour couvrir les dépenses nécessaires et raisonnables engagées par suite de ladite inscription de l'enfant à charge.

Les paiements seront effectués par l'assureur pour chaque année pendant laquelle l'enfant à charge est inscrit à une garderie, jusqu'à concurrence de ce qui suit et ce, selon la première des éventualités ci-dessous à survenir :

- a) l'enfant à charge atteint l'âge de douze (12) ans; ou
- b) quatre (4) paiements annuels ont été effectués.

Le premier paiement sera effectué à la dernière des éventualités suivantes à survenir : la date à laquelle les prestations de perte de la vie versées à l'égard du participant sont payables en vertu des présentes ou la date à laquelle l'assureur reçoit à son siège social une preuve selon laquelle l'enfant à charge est inscrit dans une garderie. Des paiements subséquents seront payables pour chaque année successive à la date à laquelle l'assureur reçoit à son siège social une preuve selon laquelle l'enfant à charge est inscrit dans une garderie.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE

Le montant de chaque paiement équivaldra au moindre des montants suivants :

- a) Le montant réel demandé par la garderie à l'égard de l'enfant à charge;
ou
- b) Cinq mille dollars (5 000 \$).

Comme il est stipulé ci-dessus :

- ♦ **Garderie** : un centre qui a été autorisé par le gouvernement provincial à fournir des services de garde pour enfants.

RESTRICTIONS

Le montant total payable pour toutes les pertes découlant de tout accident ne doit pas dépasser le montant d'assurance de la personne assurée au titre de la présente garantie en vertu du *TABLEAU SOMMAIRE*, sauf s'il s'agit d'hémiplégie, de quadriplégie et de paraplégie.

Si, par suite d'un accident quelconque, une personne assurée est victime de plus d'une perte selon le *TABLEAU DES MONTANTS D'ASSURANCE* à l'égard d'un membre quelconque, le paiement sera versé uniquement en fonction de la perte visée par le montant le plus élevé.

INDEMNITÉ MAXIMALE GLOBALE POUR TOUTES LES PERTES SUBIES AU COURS D'UN MÊME ACCIDENT AÉRIEN

Nonobstant les prestations payables à chaque personne assurée, l'indemnité maximale globale pour toutes les pertes couvertes subies par toutes les personnes assurées par suite du même accident aérien ne doit pas dépasser cinq millions de dollars (5 000 000 \$).

Advenant que l'indemnité maximale globale ne suffise pas à verser le montant intégral stipulé pour chaque personne assurée, le montant des prestations payables à l'égard de chaque personne assurée sera proportionnel à l'indemnité maximale globale par rapport au montant total des prestations à payer sauf l'indemnité maximale globale.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE

EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est versée en vertu de la présente garantie si le décès ou la mutilation résulte directement ou indirectement :

- a) du suicide ou d'une tentative de suicide ou de toute blessure que la personne assurée s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- b) d'un acte criminel ou d'une agression que la personne assurée a commis ou tenté de commettre, ou d'une provocation de sa part;
- c) de toute agitation civile, insurrection ou guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;
- d) du service dans les forces armées ou auxiliaires de tout pays;
- e) d'un vol ou d'une tentative de vol à bord d'un avion ou autre aéronef, si la personne assurée est membre de l'équipage ou si elle exerce une fonction quelconque se rapportant au vol, ou si elle y participe à titre de parachutiste;
- f) de blessures subies alors que la personne assurée conduisait un véhicule et avait un taux d'alcool dans le sang en excès de quatre-vingts (80) milligrammes d'alcool par cent (100) millilitres de sang.

EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsqu'un participant est exonéré du paiement de ses primes en vertu de l'article *Exonération des primes* de sa garantie d'assurance vie, il est aussi admissible à l'exonération du paiement des primes relatives à la présente garantie sous réserve des mêmes conditions.

Toutefois, l'exonération des primes prend fin à la date de résiliation de la garantie ou du contrat.

EXAMEN ET AUTOPSIE

Si l'assureur l'exige avant paiement, la personne assurée, dans le cas où elle est vivante, doit se prêter à un examen et si elle décède, l'assureur a le droit

**ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS
DU PARTICIPANT ET DES PERSONNES À CHARGE**

de faire examiner le corps de la personne assurée et de faire pratiquer une autopsie.

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

L'assureur s'engage à verser au participant qui devient invalide par suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle la prestation hebdomadaire prévue par la présente garantie pour chaque semaine ou partie de semaine durant laquelle persiste l'invalidité, sous réserve des conditions ci-après énoncées.

DÉFINITIONS PARTICULIÈRES

Hospitalisation : L'occupation d'une chambre d'hôpital à titre de patient alité admis, s'il y a émission d'une facture par un régime gouvernemental d'assurance maladie.

Invalidité : L'incapacité totale et continue du participant, par suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle, qui l'empêche complètement d'exercer toutes et chacune des tâches de son travail régulier sans égard à la disponibilité de ce travail. Le participant ne doit cependant toucher aucune rémunération provenant directement ou indirectement d'un emploi.

MODALITÉS DE LA PRESTATION

Début de la prestation : Le paiement de la prestation commence après l'expiration du délai de carence indiqué au Tableau sommaire.

Montant de la prestation : Le montant de la prestation payable en vertu de la présente garantie est calculé selon la formule établie au Tableau sommaire et est limité au maximum hebdomadaire indiqué à ce même tableau.

Réduction des prestations :

- a) La prestation hebdomadaire sera réduite de toute prestation d'invalidité payable ou qui serait payable si une demande satisfaisante avait été faite en vertu :
 - i) d'une loi sur les accidents du travail;
 - ii) d'une loi provinciale sur l'assurance automobile si cette réduction est acceptable en vertu du Règlement sur l'assurance-emploi;

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

- iii) du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada;
- iv) de toute autre loi similaire;
- v) d'une loi provinciale d'indemnisation des victimes d'actes criminels, sauf durant la période au cours de laquelle des prestations d'assurance-emploi seraient ou pourraient être versées.

Toutefois, si la prestation est imposable en vertu de la présente garantie, elle sera calculée de la façon suivante :

- 1) prestation payable par l'assureur,
 - 2) moins les impôts fédéral et provincial applicables, selon les exemptions personnelles du participant,
 - 3) moins la prestation payable par le régime gouvernemental.
- b) La prestation hebdomadaire sera réduite de toute prestation de retraite que le participant reçoit du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada.
 - c) La prestation sera réduite de toute rémunération versée par l'employeur en vertu d'une politique de continuation de salaire, de vacances, de congés statutaires ou de congés de maladie, si l'assureur reçoit un avis écrit à cet effet au moment de la demande de prestation et préalablement à toute autre période d'absence rémunérée subséquente.

Cessation de la prestation : Les versements de la prestation cessent à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle se termine la période maximale de prestations spécifiée au Tableau sommaire;
- b) La date à laquelle le participant cesse d'être invalide;
- c) La date à laquelle le participant invalide atteint l'âge de cessation indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant, si le participant a reçu au moins quinze (15) semaines de prestations; sinon, la date à laquelle il a reçu quinze (15) semaines de prestations;
- d) La date à laquelle le participant prend sa retraite;
- e) La date du décès du participant;

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

- f) La date à laquelle le participant omet de se faire examiner par le médecin désigné par l'assureur;
- g) La date à laquelle le participant omet de soumettre les preuves demandées par l'assureur;
- h) La date à laquelle le participant exerce une occupation rémunératrice;
- i) La date à laquelle le participant est incarcéré suite à la commission d'un acte criminel pour lequel il a été reconnu coupable.

PÉRIODES SUCCESSIVES D'INVALIDITÉ

Si le participant qui a effectivement repris le travail redevient invalide durant l'effet de cette garantie, avant qu'une période de quinze (15) jours consécutifs se soit écoulée, et que l'invalidité soit attribuable à la même cause que celle de l'invalidité antérieure ou à des causes connexes, l'invalidité est considérée comme la continuation de l'invalidité antérieure.

Si le participant a effectivement repris le travail pour une période de quinze (15) jours consécutifs ou plus et qu'il redevient invalide, durant l'effet de cette garantie, suite à la même cause que celle de l'invalidité antérieure ou à des causes connexes, l'invalidité est considérée comme une nouvelle invalidité à la condition que le participant n'ait pas droit à des prestations mensuelles d'invalidité, et un nouveau délai de carence est imposé.

Cependant, si le participant qui a effectivement repris le travail redevient invalide, durant l'effet de cette garantie, par suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle n'ayant aucun rapport avec la cause de l'invalidité antérieure, l'invalidité est considérée comme une nouvelle invalidité et un nouveau délai de carence est imposé.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

- a) L'assurance prévue par les présentes ne couvre aucune invalidité attribuable à l'une des causes suivantes :
 - i) Toute blessure ou maladie qui résulte d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

- ii) Toute tentative de suicide ou toute blessure que le participant s'inflige volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
 - iii) Toute cessation de travail pour recevoir des soins qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qui sont donnés dans un but esthétique, sauf si les soins sont dus à une blessure accidentelle et ont débuté dans les quatre-vingt-dix (90) jours de l'accident;
 - iv) Toute blessure ou maladie qui résulte de la perpétration, de la tentative de perpétration ou de la provocation d'une agression ou d'un acte criminel.
- b) Aucune prestation n'est payable pour toute maladie ou blessure accidentelle :
- i) Durant tout congé pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou au cours de tout congé pris en accord avec l'employeur;
 - ii) Durant toute prolongation d'un tel congé, si le participant avait droit à ce congé et en avait fait la demande.

Toutefois, si la garantie du participant est maintenue en vigueur pendant le congé, le délai de carence de l'assurance salaire débutera à la date prévue du retour au travail du participant.

- c) Si l'invalidité est attribuable à la toxicomanie ou à l'alcoolisme, la prestation hebdomadaire d'assurance salaire est versée à condition que le participant suive une cure fermée, approuvée par l'assureur.
- d) Un participant qui s'absente du Canada et des États-Unis pour une période de plus de quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs perd son droit aux prestations prévues par la présente garantie, et ce droit n'est rétabli qu'à son retour, sous réserve de toute autre disposition de la présente garantie.
- e) L'assurance prévue par les présentes ne couvre aucune invalidité qui résulte d'une maladie ou d'une blessure accidentelle qui survient pendant une grève, un lock-out ou une mise à pied temporaire, si la garantie du participant n'a pas été maintenue en vigueur pendant la grève, le lock-out ou la mise à pied temporaire.

Toutefois, si la garantie du participant est maintenue en vigueur, le délai de carence de l'assurance salaire débutera à la date prévue du retour au travail du participant.

EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsqu'un participant est exonéré du paiement de ses primes en vertu de l'article *Exonération des primes* de sa garantie d'assurance vie, il est aussi admissible à l'exonération du paiement des primes relatives à la présente garantie sous réserve des mêmes conditions.

Toutefois, l'exonération des primes prend fin à la date de résiliation de la garantie ou du régime.

ASSURANCE-MÉDICAMENTS

L'assureur s'engage à rembourser les frais relatifs à la protection prévue par le RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS du Québec, pour les personnes résidant au Québec et qui sont inscrites à la Régie de l'assurance-maladie du Québec (ci-après appelée la Régie), sans égard au risque relié à leur état de santé.

Cette protection est obligatoire pour tout employé ou retraité et ses personnes à charge admissibles au présent régime, sous réserve des dispositions de la Loi sur l'assurance-médicaments.

La protection offerte est conforme aux dispositions pertinentes de la Loi sur l'assurance-médicaments et à toute autre disposition prévue au Tableau sommaire, selon la catégorie à laquelle appartient le participant.

Toute modification à la Loi sur l'assurance-médicaments touchant le RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS du Québec modifiera également les dispositions pertinentes du présent régime.

DÉFINITIONS PARTICULIÈRES

Franchise

La franchise, le cas échéant, est la part du coût des services pharmaceutiques et des médicaments qu'une personne assurée conserve entièrement à sa charge. Le montant maximal de la franchise exigible est indiqué au Tableau sommaire.

Remboursement

L'assureur rembourse un certain pourcentage des frais couverts qui ont été engagés, après avoir déduit la franchise, le cas échéant, tel qu'indiqué au Tableau sommaire.

Coassurance

La coassurance, le cas échéant, est la proportion du coût des services pharmaceutiques et des médicaments qui demeure à la charge de la personne assurée jusqu'à concurrence de la contribution maximale.

Contribution maximale

La contribution maximale est le montant total assumé par une personne assurée, au delà duquel le coût des services pharmaceutiques et des médicaments est assumé entièrement par l'assureur. La contribution maximale est indiquée au Tableau sommaire.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES POUR LES PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS

Le choix d'une personne de soixante-cinq (65) ans et plus de s'assurer auprès de la Régie pour le RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS est irrévocable.

Dans le présent régime, les personnes de soixante-cinq (65) ans et plus sont présumées être couvertes en vertu du RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS de la Régie, ainsi que les personnes à charge d'un participant de soixante-cinq (65) ans ou plus, quel que soit leur âge.

Par ailleurs, l'assureur se réserve le droit de modifier les taux de la présente garantie pour toute personne de soixante-cinq (65) ans et plus qui est admissible à l'assurance en vertu du présent régime et qui choisit de s'assurer en vertu de la présente garantie.

Nonobstant toute autre disposition à l'effet contraire, cette garantie ne prévoit aucune cessation en raison de l'âge du participant ou d'une personne à charge.

FRAIS COUVERTS

Les frais couverts sont les suivants, à condition de n'avoir été engagés qu'après la date de prise d'effet de l'assurance :

Les services pharmaceutiques, soit le service d'exécution d'une ordonnance ou de son renouvellement, et les médicaments admissibles selon la liste des médicaments de la Régie qui sont fournis au Québec par un pharmacien, sur ordonnance d'un médecin, d'un résident en médecine ou d'un dentiste. Tout autre médicament prévu par règlement, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminées par un règlement, fait partie des frais couverts.

ASSURANCE-MÉDICAMENTS

Cette garantie ne couvre pas le coût des services pharmaceutiques et des médicaments qu'une personne assurée peut obtenir et auxquels elle a droit en vertu de toute autre loi ou de tout autre régime gouvernemental.

EXCLUSION

Aucune, sauf si prévue par la Loi sur l'assurance-médicaments ou l'un de ses règlements.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Telle que prévue dans la clause *Coordination des prestations* de la garantie ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

L'assureur s'engage à rembourser les frais pour les soins et services engagés par suite d'une blessure accidentelle, d'une maladie ou d'une grossesse, sous réserve des conditions ci-après énoncées.

DÉFINITIONS PARTICULIÈRES

Hôpital : Hôpital désigne une institution de soins de courte durée

- a) légalement reconnue comme telle;
- b) destinée aux soins des patients alités; et
- c) qui assure en tout temps les services de médecin et d'infirmière autorisée.

Les unités dans les hôpitaux réservées aux soins des convalescents ou des personnes atteintes de maladies chroniques sont exclues.

Maison de réadaptation, maison de convalescence ou de soins pour malades chroniques : Ces termes désignent une institution ou une unité de soins

- a) légalement reconnue comme telle; et
- b) destinée aux soins des patients alités.

Les établissements de soins infirmiers, les maisons pour personnes âgées, les maisons de repos, les centres d'hébergement et les centres pour alcooliques et toxicomanes sont exclus.

Prothèse : Appareil destiné à remplacer, en tout ou en partie, un membre ou un organe.

Orthèse ou appareil orthopédique : Appareil appliqué à un membre ou à une partie du corps pour corriger une déficience fonctionnelle.

Appareils thérapeutiques ou appareils médicaux : Appareils couramment utilisés selon les normes du fabricant et reconnus spécifiquement pour le traitement immédiat d'une condition pathologique suite à une maladie ou un accident, tels que les appareils pour le contrôle de la douleur, le prolongement

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

de la physiothérapie et l'administration d'un médicament, les appareils d'assistance respiratoire et de diagnostic, excluant les appareils orthopédiques, les stéthoscopes et sphygmomanomètres.

Médicament (d'origine ou générique) : S'il est fait mention de ces deux types de médicament, le médicament *d'origine* désigne le premier médicament développé et mis sur le marché. Le médicament *générique* désigne toute reproduction d'un médicament d'origine et est habituellement moins dispendieux.

HOSPITALISATION AU CANADA

L'assureur rembourse la partie des frais d'hospitalisation engagés au Canada qui excède le montant remboursé par les régimes gouvernementaux, jusqu'à concurrence du maximum quotidien indiqué au Tableau sommaire et sans limite quant au nombre de jours d'hospitalisation.

FRAIS D'URGENCE HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

L'assureur rembourse les frais d'hospitalisation et les frais médicaux et chirurgicaux hors de la province de résidence de la personne assurée, en cas d'urgence, pour la partie des frais qui est admissible et qui excède le montant payé par un régime provincial d'assurance maladie auquel doit participer toute personne assurée.

Les frais doivent être rendus nécessaires en raison d'une maladie subite et inattendue ou d'un accident survenu pendant un séjour hors de la province de résidence dont la durée prévue n'excède pas quatre-vingt-dix (90) jours.

De plus, si la personne assurée est hospitalisée hors du Canada, elle doit contacter le SERVICE D'ASSISTANCE MÉDICALE dès qu'il est possible de le faire, sans quoi l'assureur se réserve le droit de terminer la couverture.

En l'absence de contre-indication médicale, l'assureur peut exiger le rapatriement de toute personne assurée ou son transfert à un lieu de traitement différent. Le rapatriement doit être recommandé et planifié par la firme d'assistance médicale. Le refus de suivre une recommandation de rapatriement libère l'assureur de toute responsabilité relativement aux frais engagés par la suite.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Le maximum global que rembourse l'assureur pour les frais engagés hors de la province de résidence est indiqué au Tableau sommaire.

FRAIS MÉDICAUX AU CANADA

Les frais couverts sont les suivants, à condition de n'avoir été engagés qu'après la date de prise d'effet de l'assurance :

- a) Les services, soins et traitements prescrits au préalable par un médecin :
 - i) Services rendus au domicile de la personne assurée par un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire qui n'a aucun lien de parenté avec la personne assurée et qui ne demeure habituellement pas avec elle, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
 - ii) Service ambulancier professionnel pour le transport d'urgence jusqu'à l'hôpital le plus proche équipé pour fournir les traitements nécessaires ou pour le transport depuis l'hôpital, lorsque l'état de la personne assurée empêche l'utilisation d'un autre moyen de transport;
 - iii) Oxygène et location d'appareils en vue de son administration;
 - iv) Médicaments disponibles au Canada, prescrits par un médecin ou un chirurgien dentiste et vendus par un pharmacien licencié, à l'exception des produits exclus à l'article *Exclusions et réductions* de la présente garantie;

Ces médicaments sont payables en complémentarité des médicaments payables en vertu de la garantie d'Assurance-médicaments du présent régime, le cas échéant;
 - v) Achat de membres artificiels et de prothèses oculaires pour perte subie en cours d'assurance;
 - vi) Location ou achat d'un fauteuil roulant (excluant un fauteuil électrique sauf pour un quadriplégique), d'un lit d'hôpital (excluant un lit électrique) et de tout autre appareil thérapeutique (excluant les piles), à condition que ces frais soient préalablement approuvés par l'assureur;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- vii) Achat de prothèses mammaires, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
- viii) Achat de bas élastiques médicaux prescrits pour le traitement de varices, par suite de brûlures importantes ou par suite d'une intervention chirurgicale, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
- ix) Séjour dans une maison de réadaptation, une maison de convalescence ou une maison de soins pour malades chroniques dûment autorisées par un organisme gouvernemental approprié, si la personne assurée est sous les soins d'un médecin ou d'un infirmier autorisé, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire, à condition que ce séjour commence moins de quatorze (14) jours après la fin d'une hospitalisation;
- x) Frais de chaussures orthopédiques décrits ci-après, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire :
 - Le coût d'une modification à une chaussure conventionnelle ou le coût d'achat, réparation, modification, ajustement d'une orthèse ou d'éléments correctifs ajoutés à une chaussure conventionnelle;
 - Le coût d'achat d'une chaussure orthopédique;
- xi) Frais de stérilets, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
- xii) Achat de lunettes ou de lentilles cornéennes par suite d'une opération de la cataracte, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire et pourvu que ces frais soient engagés avant l'âge de soixante-cinq (65) ans;
- xiii) Frais de laboratoire et de radiographies à des fins de diagnostic faits dans un établissement commercial, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
- xiv) Achat ou location d'appareils orthopédiques autres que souliers orthopédiques et orthèses podiatriques qui sont obtenus dans un établissement ou dans un laboratoire reconnu et qui sont requis à la suite d'une lésion corporelle ou d'une maladie. L'achat doit être effectué pendant que la présente garantie est en vigueur;

- xv) Achat ou location de béquilles et achat de bandes herniaires;
 - xvi) Achat de prothèses capillaires suite à une chimiothérapie, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
 - xvii) Les frais pour les injections sclérosantes jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
 - xviii) Frais pour échographies, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.
- b) Les soins dentaires donnés hors de l'hôpital par un dentiste et rendus nécessaires par suite d'une blessure accidentelle aux dents naturelles, saines et entières, survenue en cours d'assurance, selon le tarif normal suggéré pour un généraliste.
- Seuls les soins reçus au cours des douze (12) mois qui suivent l'accident sont couverts. Les autres frais dentaires sont exclus.
- c) Les honoraires pour les soins paramédicaux donnés par l'un des spécialistes indiqué au Tableau sommaire et jusqu'à concurrence des maximums indiqués au Tableau sommaire.
- Les soins paramédicaux doivent être donnés par une personne dûment autorisée, par l'organisme provincial ou fédéral responsable, à pratiquer sa profession dans les limites définies par les règles de cette profession.
- Les frais de radiographies d'un chiropraticien, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.
- d) Les frais de prothèses auditives suivants: L'achat initial, le remplacement ou la réparation d'une prothèse auditive ou d'accessoires connexes (à l'exception des piles) et les services professionnels d'un audioprothésiste, par suite de l'achat de cette prothèse, s'ils sont prescrits par un médecin, un audiologiste ou un orthophoniste.
- Les frais couverts sont cependant limités au maximum indiqué au Tableau sommaire.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

- a) La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :
- i) Tous les frais payables ou remboursables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été soumise;
 - ii) Tous les frais résultant de toute tentative de suicide ou toute blessure que la personne assurée s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
 - iii) Tous les frais résultant de toute blessure ou maladie qui résulte d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;
 - iv) Tout traitement ou appareil visant à corriger la dimension verticale, ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;
 - v) L'intervention chirurgicale ou le traitement qui n'est pas médicalement nécessaire, qui est donné dans un but esthétique ou dans un but autre que curatif, ou qui excède les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique, de même que les soins qui sont donnés en rapport avec une intervention chirurgicale ou un traitement de nature expérimentale;
 - vi) Tous les soins ou traitements inscrits dans le cadre d'un programme de recherche et de développement de produit dont l'usage n'est pas recommandé par le fabricant ou n'est pas conforme aux normes gouvernementales, ou tous les autres frais engagés pour des soins ou traitements non reconnus d'usage courant, usuel et coutumier;
 - vii) La partie des frais en excédent des frais raisonnables et courants normalement engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une maladie de même nature et de gravité équivalente;
 - viii) Les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de la personne assurée;
 - ix) Tout voyage de santé ou cure de repos;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- x) L'examen des yeux, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- xi) La prescription, l'achat initial, l'ajustement ou le remplacement de lunettes ou de lentilles cornéennes, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- xii) Tous les soins ou traitements reliés à la fertilité ou l'infertilité;
- xiii) Les frais d'achat ou de location de tout appareil de confort, de massage et d'accessoires domestiques d'usage non exclusivement médical;
- xiv) Les frais d'achat de suppléments alimentaires ou nutritifs et les frais engagés pour des traitements contre l'obésité, qu'ils soient ou non prescrits pour une raison d'ordre médical;
- xv) Les frais engagés pour l'administration de sérums, de vaccins et de médicaments injectables;
- xvi) Les contraceptifs (autres qu'oraux), sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie, les auxiliaires anti-tabagisme, les stimulants pour la pousse des cheveux, les stéroïdes anabolisants et les hormones de croissance;
- xvii) Les produits suivants, sauf s'ils ne peuvent être obtenus que sur l'ordonnance d'un médecin et vendus par un pharmacien :
 - produits pour l'entretien des lentilles cornéennes;
 - protéines ou suppléments diététiques, acides aminés;
 - aliments pour bébés;
 - rince-bouches, pansements et pastilles;
 - shampooings, huiles, crèmes;
 - produits de toilette y compris les savons, les émoullients;
 - substances adoucissantes et protectrices pour la peau;
 - vitamines ou multivitamines;
 - suppléments ou vitamines prénataux;
 - minéraux;
 - produits homéopathiques;
- xviii) Les frais engagés pour des problèmes de dysfonction érectile.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- b) Le montant de la prestation est diminué de toute prestation payable ou remboursable en vertu d'un régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui habituellement l'aurait été si une demande de règlement avait été soumise.

CALCUL DU REMBOURSEMENT

Franchise : La franchise est la partie des frais couverts qui doit être payée par le participant avant que des prestations soient payables en vertu de la présente garantie. Le montant maximal de la franchise exigible au cours d'une année civile est indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant.

Report de la franchise : Si la franchise a été acquittée en tout ou en partie par le paiement de frais engagés au cours des trois (3) derniers mois d'une année civile, la franchise applicable à l'année suivante sera réduite du montant de la franchise déjà acquittée.

Remboursement : L'assureur rembourse un certain pourcentage des frais couverts qui ont été engagés au cours d'une année civile, après avoir déduit la franchise applicable à cette année-là, le cas échéant. Ce pourcentage est indiqué au Tableau sommaire.

Maximum par personne assurée : Le maximum global que rembourse l'assureur pour la présente garantie est indiqué au Tableau sommaire.

Coordination des prestations : Les garanties du présent régime seront coordonnées avec toute prestation que la personne assurée reçoit ou pourrait recevoir en vertu de toute autre garantie. L'expression «garantie» désigne toute garantie qui prévoit des prestations pour soins, services ou fournitures en vertu :

- a) de tout régime d'assurance collective, individuelle, familiale, d'assurance voyage, d'assurance des débiteurs et des épargnants,
- b) de tout régime public prévoyant des prestations pour des soins similaires, et
- c) de tout régime d'avantages sociaux non assuré.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

PROLONGATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE AU DÉCÈS DU PARTICIPANT

Au décès du participant, l'assurance des personnes à charge est prolongée, sans paiement des primes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) Trois (3) mois après le décès du participant;
- b) La date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si le participant avait été vivant;
- c) La date de résiliation de la garantie ou du régime.

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA

Cette garantie offre à la personne assurée, qui participe déjà à un régime gouvernemental d'assurance maladie, un service d'assistance médicale en cas d'urgence pendant un voyage privé ou professionnel dont la durée prévue n'excède pas quatre-vingt-dix (90) jours, pour toute blessure accidentelle ou maladie survenue hors du Canada, sous réserve des conditions ci-après énoncées.

Afin de se prévaloir de cette garantie, la personne assurée doit obligatoirement être assurée sous la garantie ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE faisant partie du présent régime.

DÉFINITIONS PARTICULIÈRES

Autorité médicale : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve la personne assurée.

Blessure accidentelle : Une lésion corporelle qui est subie pendant que l'assurance est en vigueur, qui résulte directement et exclusivement d'une cause externe, soudaine, violente et involontaire et qui empêche la continuation normale du voyage.

Membre de la famille immédiate : Le conjoint, le père, la mère, un enfant, un frère ou une soeur de la personne assurée.

Maladie : Toute altération soudaine et imprévisible de la santé constatée par une autorité médicale compétente et qui empêche la continuation normale du voyage, et qui survient pendant que cette garantie est en vigueur.

Centre hospitalier : Centre hospitalier désigne une institution de soins de courte durée :

- a) légalement reconnue comme telle dans le pays où est située l'institution;
- b) destinée aux soins des patients alités;
- c) pourvue d'un laboratoire et d'une salle d'opération;

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA

- d) qui assure vingt-quatre (24) heures par jour les services de médecins diplômés et d'infirmières autorisées.

Cependant, les maisons de réadaptation, de convalescence, de repos ou de soins pour malades chroniques, de même que les unités réservées à cet effet dans les hôpitaux, sont exclues.

Sinistre : Tout événement, blessure accidentelle ou maladie justifiant l'intervention du service d'assistance médicale.

ASSISTANCE MÉDICALE

- a) Les services médicaux suivants sont disponibles en cas d'urgence suite à une maladie ou à une blessure accidentelle :
- i) Accès jour et nuit
 - Accès à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit au service téléphonique polyglotte permettant de mettre en contact la personne assurée avec un réseau de spécialistes, pour toutes les urgences associées à son voyage.
 - ii) Accès médical
 - Organiser des consultations avec des médecins généralistes ou des spécialistes afin d'obtenir les meilleurs soins médicaux disponibles dans la région, à la demande de la personne assurée.
 - Aider à l'admission dans l'établissement hospitalier le plus proche du lieu de la maladie ou de la blessure accidentelle.
 - Vérifier la couverture d'assurance à la demande des médecins et des hôpitaux.
 - iii) Transport médical
 - Organiser et contrôler le transport ou le transfert par tout moyen approprié recommandé par le médecin traitant, en accord avec le service d'assistance médicale, vers un centre hospitalier proche du lieu de la blessure

accidentelle ou de la maladie, si l'urgence médicale le nécessite.

- Organiser le rapatriement de la personne assurée à son domicile ou jusqu'à un centre hospitalier près de son domicile après le traitement initial, par tout moyen de transport adéquat et à la condition que son état de santé le nécessite et le permette. Le service d'assistance médicale organise et contrôle le rapatriement par le mode de transport le plus approprié : avion-ambulance, hélicoptère, avion de ligne commerciale, train ou ambulance.
- Les frais engagés pour le transport et le transfert de la personne assurée et décrits aux deux paragraphes précédents seront pris en charge par l'assureur.

iv) Paiement des dépenses médicales et avance de fonds

- Prendre les arrangements nécessaires au paiement des dépenses médicales couvertes en vertu de la garantie ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE faisant partie du présent régime pour l'hospitalisation et les soins médicaux et chirurgicaux hors du Canada en cas d'urgence.

Si nécessaire, le service d'assistance médicale avance des fonds, après accord préalable de l'assureur, jusqu'à concurrence de dix mille dollars (10 000 \$), en monnaie légale du Canada, pour le participant et ses personnes à charge assurées.

Toute avance de fonds est redevable par le participant à l'assureur, en un seul versement et selon le taux de change en vigueur à la date à laquelle les fonds ont été avancés, dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant son retour au pays. En cas de défaut de paiement, l'assureur se réserve le droit de compenser sur les règlements en assurance maladie ou tout autre règlement présenté par le participant ou ses personnes à charge, en vertu du présent régime.

- v) Rapatriement de la dépouille mortelle
 - Suite au décès de la personne assurée causé par une maladie ou une blessure accidentelle, le service d'assistance médicale s'occupe des formalités à accomplir sur place et du paiement des frais de traitement «post mortem», de cercueil et du transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation au Canada, jusqu'à concurrence de trois mille dollars (3 000 \$) par personne assurée. Les frais d'obsèques ne sont pas à la charge du service d'assistance médicale ou de l'assureur.
- vi) Retour des enfants à charge
 - Organiser le rapatriement des enfants de la personne assurée qui ont moins de seize (16) ans et sont privés de surveillance. Le service d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touriste des enfants accompagnés, au besoin, à leur lieu de résidence habituel au Canada. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.
- vii) Retour d'un membre de la famille immédiate
 - Organiser le rapatriement de tout autre membre de la famille immédiate ayant perdu l'usage de son billet d'avion en raison de l'hospitalisation ou du décès de la personne assurée. Le service d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touriste d'un membre de la famille immédiate à son lieu de résidence habituel au Canada. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.
- viii) Visite d'un membre de la famille immédiate
 - Organiser le transport aller-retour en classe touriste d'un membre de la famille immédiate à des fins de visite si la personne assurée est hospitalisée pour une durée minimum de sept (7) jours consécutifs et si ladite visite est

bénéfique à la personne assurée, d'après l'avis du médecin traitant.

ix) Frais de subsistance pour le logement et les repas

- Si le retour est reporté à la suite de l'hospitalisation d'une personne assurée pour une durée de plus de vingt-quatre (24) heures, ou de son décès, les frais de subsistance engagés par elle, par un membre de la famille immédiate l'accompagnant ou par un membre de la famille immédiate lors d'une visite, dans les circonstances définies au paragraphe ci-dessus (*Visite d'un membre de la famille immédiate*), sont remboursables, après approbation préalable de l'assureur, jusqu'à concurrence d'un maximum quotidien de cent cinquante dollars (150 \$) par personne assurée et d'un remboursement global de mille cinq cents dollars (1 500 \$) pour l'ensemble des personnes assurées.

Le service d'assistance médicale rembourse les frais reliés au logement et aux repas sur réception de reçus explicatifs.

x) Retour du véhicule

- Le service d'assistance médicale verse une allocation maximale de mille dollars (1 000 \$) pour le retour du véhicule de la personne assurée, qu'il soit privé ou loué, à la résidence de l'assuré ou à l'agence de location appropriée la plus proche.

xi) Avance de fonds

- En cas de nécessité, pour obtenir les services décrits aux paragraphes iii), vi), vii), viii), ix) et x), le service d'assistance médicale avance des fonds ou donne des garanties de paiement d'un maximum de mille dollars (1 000 \$) en monnaie légale du Canada. Toute avance de fonds est redevable par le participant à l'assureur, selon le taux de change en vigueur à la date à laquelle les fonds ont été avancés. Ces fonds seront retenus par l'assureur à même les prestations payables, le cas échéant.

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA

- b) Autres services d'assistance voyage disponibles lorsque la personne assurée voyage à l'étranger :
- i) Service téléphonique de traduction
 - En cas d'urgence, le service d'assistance médicale met à la disposition de la personne assurée des services d'interprète pour les appels téléphoniques dans la plupart des langues étrangères.
 - ii) Service de transmission et de garde de message
 - En cas d'urgence, le service d'assistance médicale transmet, sur demande, un message de la personne assurée à son domicile, à son bureau ou ailleurs, ou conserve pendant quinze (15) jours les messages qui sont destinés à la personne assurée ou aux membres de sa famille immédiate.
 - iii) Assistance juridique
 - En cas d'urgence de cet ordre, le service d'assistance médicale assiste la personne assurée afin d'obtenir de l'aide juridique locale lors d'un accident ou d'une autre cause de défense civile et l'aide également à obtenir une avance de fonds en espèces sur ses cartes de crédit ou par l'entremise de sa famille et de ses amis afin d'acquitter les frais de contentieux et de cautionnement.
 - iv) Information-voyage
 - Le service d'assistance médicale transmet avant, pendant et après le voyage des informations relatives au transport, aux vaccinations et aux précautions à prendre.
 - v) Envoi de médicament
 - Lorsque la personne assurée ne peut trouver sur place un médicament indispensable à la poursuite d'un traitement en cours, le service d'assistance médicale effectue les démarches nécessaires à la recherche et à l'envoi de ces médicaments. Le coût du médicament est remboursé par la personne assurée à moins qu'il ne soit couvert en vertu

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA

de la garantie ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE faisant partie du présent régime.

- vi) Perte de bagages ou de documents
 - Si la personne assurée égare ou se fait voler ses bagages ou documents de voyage, le service d'assistance médicale aide la personne assurée à contacter les autorités compétentes.

EXCLUSIONS

La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :

- a) Tous les frais payables ou remboursables en vertu d'un régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été soumise;
- b) Tous les frais résultant de toute tentative de suicide ou toute blessure que la personne assurée s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- c) Tous les frais résultant de toute blessure ou maladie qui résulte d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;
- d) L'intervention chirurgicale ou le traitement qui n'est pas médicalement nécessaire, qui est donné dans un but esthétique ou dans un but autre que curatif, ou qui excède les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique, de même que les soins qui sont donnés en rapport avec une intervention chirurgicale ou un traitement de nature expérimentale;
- e) La partie des frais en excédent des frais raisonnables et courants engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une maladie de même nature et de gravité équivalente;
- f) Les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de la personne assurée;
- g) Tout voyage de santé ou cure de repos.

DISPOSITIONS

Déclaration du sinistre

La personne assurée doit, aussitôt qu'elle a connaissance du sinistre, user de tous les moyens pour arrêter les progrès de ce sinistre et doit contacter le service d'assistance médicale dès qu'il est possible de le faire, et lui indiquer les circonstances de ce sinistre, ses causes connues ou présumées. De plus, à la demande du service d'assistance médicale, la personne assurée devra fournir un certificat du médecin traitant relatant les conséquences probables de la maladie ou des blessures accidentelles.

Prescription

Toute demande de règlement pour un sinistre couvert doit être faite dans les douze (12) mois qui suivent la date du sinistre.

Restitution du billet de retour

Lorsque le transport est pris en charge par le service d'assistance médicale, la personne assurée est tenue de lui remettre soit le billet de retour initialement prévu, soit son remboursement, à défaut de quoi l'assureur retiendra le prix du billet à même les sommes payables à la personne assurée, le cas échéant.

RESPONSABILITÉ DU SERVICE D'ASSISTANCE MÉDICALE

Le service d'assistance médicale est dégagé de toute responsabilité quant aux retards ou aux empêchements à fournir l'assistance médicale dans les cas suivants : grève, guerre civile ou étrangère, invasion, intervention de puissances ennemies, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non), rébellion, insurrection, acte de terrorisme, opération militaire ou coup d'État, émeute ou mouvement populaire, retombées radioactives ou tout autre cas de force majeure.

Les médecins, hôpitaux, cliniques, avocats et autres praticiens ou établissements autorisés à qui le service d'assistance médicale adresse des personnes assurées sont, pour la plupart, des entrepreneurs indépendants et de ce fait ils agissent pour leur propre compte, plutôt qu'en qualité d'employés, d'agents ou de subordonnés du service d'assistance médicale.

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA

En outre, le service d'assistance médicale et l'assureur déclinent toute responsabilité à l'égard d'actes professionnels ou de carences imputables à des médecins, hôpitaux, cliniques, avocats ou autres praticiens ou établissements autorisés.

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

L'Assurance annulation de voyage fait partie intégrante de la garantie ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA. Cependant, les dispositions de la présente garantie prévalent sur toute disposition contraire de la garantie ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA et le voyage prévu aux fins de la présente garantie doit être entrepris hors de la province de résidence de la personne assurée.

L'assureur rembourse les frais engagés et payés à l'avance par la personne assurée à la suite de l'annulation d'un voyage ou de son interruption, jusqu'à concurrence d'un maximum de cinq mille dollars (5 000 \$) par personne assurée, par voyage.

Les frais sont couverts uniquement si la personne assurée, au moment de finaliser les arrangements de voyage, ne connaissait aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage.

DÉFINITIONS PARTICULIÈRES

Compagnon de voyage : Personne qui partage des arrangements financiers de voyage avec la personne assurée, jusqu'à un maximum de quatre (4) personnes, incluant la personne assurée.

Hôte à destination : Personne qui héberge la personne assurée à sa résidence.

Membre de la famille : Le conjoint, les enfants, le père, la mère, les frères, les sœurs, les beaux-parents, les grands-parents, les petits-enfants, les demi-frères, les demi-sœurs, les beaux-frères, les belles-sœurs, les oncles, les tantes, les neveux, les nièces.

Réunion d'affaires : Une réunion privée préalablement organisée dans le cadre de l'occupation à plein temps de la personne assurée, et qui constitue la seule raison du voyage. En aucun cas, une réunion d'affaires ne pourra inclure une convention, un congrès, une assemblée, une foire, une exposition, un séminaire ou une réunion du conseil d'administration.

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

RISQUES ASSURÉS

L'annulation ou l'interruption du voyage doit résulter de l'une des causes suivantes :

- a) La maladie, la blessure accidentelle ou le décès de la personne assurée, d'un membre de sa famille, d'un compagnon de voyage ou d'un membre de la famille du compagnon de voyage;
- b) La maladie, la blessure accidentelle ou le décès d'un associé d'affaires ou de l'hôte à destination de la personne assurée;
- c) La maladie, la blessure accidentelle ou le décès d'une personne dont la personne assurée est le tuteur légal;
- d) Le décès d'une personne dont la personne assurée est l'exécuteur testamentaire;
- e) La convocation de la personne assurée à titre de membre d'un jury ou de témoin dans un procès dont l'audition est prévue pendant la période du voyage, sauf si la personne assurée est un officier responsable de l'application de la loi;
- f) La mise en quarantaine de la personne assurée;
- g) Le détournement d'un avion à bord duquel la personne assurée voyage;
- h) Le sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de la personne assurée;
- i) L'annulation d'une réunion d'affaires suite à une maladie, une blessure accidentelle ou le décès de la personne avec qui les arrangements pour la réunion d'affaires avaient été pris au préalable (une preuve écrite des arrangements est requise);
- j) La recommandation du gouvernement du Canada incitant ses citoyens à ne pas voyager à l'intérieur du pays de destination de la personne assurée, si cette recommandation a été émise après que la personne assurée a pris les engagements relatifs à son voyage;
- k) La mutation de la personne assurée exigée par son employeur, qui nécessite le déménagement de la personne assurée à plus de cent (100) kilomètres de son domicile actuel, dans les trente (30) jours précédant la date du départ.

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

FRAIS COUVERTS

Les frais couverts sont les suivants, à condition de n'avoir été engagés qu'après la date de prise d'effet de l'assurance :

- a) En cas d'annulation avant le départ
 - i) La portion non remboursable des frais de voyage payés à l'avance;
 - ii) Les frais supplémentaires engagés pour les nouveaux tarifs d'occupation par la personne assurée qui décide de poursuivre son voyage lorsqu'un compagnon de voyage doit annuler en raison de l'un des risques assurés. Les frais supplémentaires seront remboursés jusqu'à concurrence d'une somme ne dépassant pas la pénalité d'annulation applicable au moment où la personne accompagnatrice doit annuler son voyage.
- b) Si le retour est anticipé ou retardé
 - i) Le coût supplémentaire d'un billet de retour simple le plus économique jusqu'au point de départ;
 - ii) La portion non utilisée et non remboursable des frais des autres arrangements de voyage payés à l'avance;
 - iii) Les frais de subsistance pour le logement et les repas lorsqu'une personne assurée doit reporter son retour pour cause de maladie ou de blessure accidentelle qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, sous réserve d'un remboursement quotidien maximal de cent cinquante dollars (150 \$) par personne assurée et d'un remboursement global maximal de mille cinq cents dollars (1 500 \$) pour le participant et ses personnes à charge.

Si la personne assurée possède une couverture identique sous une autre garantie du présent régime, la somme maximale payable en vertu du présent régime ne peut en aucun cas excéder la somme maximale indiquée dans l'Assurance annulation de voyage.
- c) Départ retardé ou correspondance manquée
 - i) Le coût supplémentaire d'un billet simple le plus économique exigé par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train),

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

jusqu'à la destination prévue, lorsqu'une correspondance ou un départ sont manqués en raison :

- d'un retard du transporteur devant assurer la correspondance (ligne aérienne, autobus ou train), si ce retard est causé par les conditions atmosphériques ou une défaillance mécanique;
- d'un accident de la circulation dans lequel est impliquée l'automobile privée ou louée de la personne assurée ou le taxi dans lequel elle circule.

Dans tous les cas, la personne assurée doit prévoir arriver au point de départ au moins deux (2) heures avant l'heure prévue pour le départ.

- ii) La portion non utilisée et non remboursable des frais de voyage payés à l'avance, si les conditions atmosphériques empêchent la personne assurée d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pendant une période représentant une interruption d'au moins trente pour cent (30 %) de la durée prévue du voyage, et que la personne assurée décide de ne pas poursuivre son voyage.

EXCLUSIONS

Aucune somme n'est payable en vertu de la présente garantie, si la perte subie ou les frais engagés résultent de l'une des causes suivantes :

- a) L'abus de médicaments ou d'alcool, ou la consommation de drogue;
- b) Le suicide ou la tentative de suicide ou toute blessure que la personne assurée s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- c) La perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel en vertu de la loi;
- d) Une agitation civile, une insurrection ou une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou la participation à une émeute;
- e) Une grossesse, une fausse-couche, un accouchement ou des complications en résultant et se produisant dans les deux (2) mois précédant la date prévue de l'accouchement;

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

- f) Un voyage entrepris dans le but de recevoir des soins médicaux, paramédicaux ou des services hospitaliers, même si le voyage est fait sur la recommandation du médecin;
- g) Un voyage entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou ayant subi une blessure accidentelle, si la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne constitue la cause d'annulation du voyage ou du retour prématuré ou retardé;
- h) Une blessure accidentelle survenue lors de la participation à un sport contre rémunération ou à tout genre de compétition de véhicules motorisés ou d'épreuves de vitesse, ou à des sports tels le vol plané ou à voile, l'alpinisme, le parachutisme, le saut à l'élastique, ou toute autre activité dangereuse;
- i) Une blessure accidentelle résultant du service dans les forces armées.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

- a) Lorsqu'un événement mentionné à l'article RISQUES ASSURÉS survient avant la date du départ, la personne assurée doit contacter son agent de voyage ou le transporteur, selon le cas, dans les quarante-huit (48) heures qui suivent l'événement afin d'annuler son voyage et en aviser l'assureur dans le même délai.
- b) Pour appuyer une demande de prestations, la personne assurée doit fournir l'une ou plusieurs des pièces justificatives suivantes, selon le cas :
 - i) Les originaux des billets de transport non utilisés;
 - ii) Les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
 - iii) Les reçus pour les frais d'arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire de voyage ou d'une compagnie accréditée et faire mention des montants non remboursables en cas d'annulation;
 - iv) Un document officiel attestant qu'un risque assuré fut en fait la cause de l'annulation. Si l'annulation est due à des raisons médicales, la personne assurée doit fournir un certificat médical délivré par le médecin traitant dûment qualifié et exerçant dans la

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

localité où la maladie ou la blessure accidentelle est survenue; la surveillance médicale doit avoir commencé avant la date de départ ou de retour du voyage assuré, selon le cas. Le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité d'annuler, de retarder ou d'interrompre le voyage;

- v) Un rapport de police (accident de la route).

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

L'assureur s'engage à rembourser au participant les frais pour les soins dentaires, sous réserve des conditions énoncées ci-après.

DÉFINITIONS PARTICULIÈRES

Généraliste : Dentiste qui exerce sans spécialité à l'intérieur de sa profession.

Spécialiste : Une personne spécialisée dans une des branches de la médecine dentaire et légalement licenciée par l'organisme provincial responsable.

Denturologiste : Personne dûment autorisée par l'organisme provincial responsable à vendre et ajuster des prothèses dentaires.

Frais engagés : Les frais qui correspondent à un acte professionnel déjà posé. Les frais ne sont considérés comme étant engagés qu'une fois le traitement effectué, même si un programme de traitement a été soumis à l'assureur et approuvé par ce dernier.

Dans le cas de prothèses dentaires, les frais ne sont considérés comme étant engagés qu'une fois la mise en place effectuée.

FRAIS DENTAIRES

Les frais couverts sont les frais engagés pour les soins donnés par le généraliste ou recommandés par le généraliste et donnés par le spécialiste. Seuls sont couverts les frais engagés lorsque le régime est en vigueur. Les frais engagés au Canada sont limités au tarif normal suggéré pour un généraliste de la province où ces traitements sont donnés.

Les frais engagés pour les soins donnés par le denturologiste sont limités au tarif normal suggéré pour un denturologiste de la province où ces traitements sont donnés.

Les frais engagés à l'étranger sont limités au tarif normal suggéré pour un généraliste de la province de résidence de la personne assurée.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Ces frais sont remboursés selon le tarif de l'année qui est indiquée au Tableau sommaire.

Les frais dentaires suivants sont couverts, s'il en est fait mention au Tableau sommaire.

SOINS PRÉVENTIFS ET SOINS DE BASE

a) Diagnostic

i) Examen buccal clinique

- examen de rappel ou périodique : un examen par période de 6 mois (01200)
- examen complet : un examen par période de 36 mois (01110, 01120, 01130)
- examen d'urgence : 2 examens par année civile (01300)
- examen d'un aspect particulier : 2 examens par année civile (01400)

(Un seul examen de rappel est couvert, périodique ou complet, par période de 6 mois consécutifs.)

ii) Radiographies

- film intra-oral
 - pellicule périapicale (02111 à 02114)
 - pellicule occlusale (02131, 02132)
 - pellicule interproximale (02141 à 02144)
- film extra-oral
 - pellicule extra-orale (02201, 02202)
 - examen des sinus (02304)
 - sialographie (02400)

- utilisation d'une substance radiopaque pour démontrer les lésions (02430)
- articulation temporomandibulaire (02504)
- pellicule panoramique : une pellicule par période de 36 mois (02600)
- film céphalométrique (02701, 02702)
- interprétation de radiographies provenant d'une autre source : un film par année civile (02800)
- duplicata de radiographie : 2 duplicatas par année civile (02910)
- iii) Test et examen de laboratoire
 - culture bactériologique pour la détermination d'agents pathologiques (04100)
- iv) Biopsie de tissu mou et de tissu dur (04302, 04311, 04312)
- v) Test cytologique
 - frottis cytologique de la cavité buccale (04401)
 - coloration des muqueuses buccales à des fins diagnostiques (04402)
- vi) Modèle de diagnostic
 - non monté (04500)
 - monté (04510)
 - cirage de diagnostic (04730)

(est exclu si associé à un traitement de restauration)
- b) Prévention
 - i) Polissage de la partie coronaire des dents : une fois par période de 6 mois
 - dentition primaire (11100)
 - dentition mixte (11200)

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

- dentition permanente (11300)
 - ii) Détartrage : une fois par période de 6 mois (43400)
 - iii) Application topique de fluorure : une fois par période de 6 mois (seuls les enfants de moins de 14 ans sont couverts) (12400)
 - iv) Analyse de la diète et recommandation : une fois à vie (13100)
 - v) Instruction initiale d'hygiène buccale : une fois à vie (13200)
 - vi) Reprise des soins d'hygiène buccale : une fois à vie (13210)
 - vii) Programme de contrôle de la plaque dentaire : 5 fois par année civile (13220)
 - viii) Finition des obturations (13300)
 - ix) Scellants de puits et fissures : seulement sur les dents postérieures permanentes des enfants âgés de moins de 14 ans et une fois par période de 36 mois pour une même dent (13401, 13404)
 - x) Contrôle de la carie (13600)
 - xi) Meulage interproximal : 2 fois par année civile (seuls les enfants de moins de 14 ans sont couverts) (13700)
 - xii) Odontomie prophylactique (est inclus dans les scellants de puits et fissures si fait lors de la même séance) (13710)
- c) Appareil de maintien
- i) Arc lingual soudé (bilatéral) (15110)
 - ii) Partiel fixe-pontiques attachés à un arc lingual pour remplacer des incisives absentes (15111)
 - iii) Arc lingual amovible - arc d'Ellis (15120)
 - iv) Couronne en acier ou bague
 - avec attachement unilatéral (15200)
 - avec attachement intra-alvéolaire (15210)
 - v) Appareil alvéolaire amovible en acrylique (15400)

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

(Une fois par période de 24 mois pour une même dent remplacée; seuls les enfants de moins de 14 ans sont couverts.)

- d) Restauration mineure
- i) Restauration en amalgame (21101 à 21105, 21211 à 21215, 21221 à 21225)
 - ii) Restauration en composite (l'équivalent de l'amalgame est remboursé lorsqu'une restauration en composite est réclamée sur les molaires) (23111 à 23115, 23118, 23211 à 23215, 23221 à 23225, 23311 à 23315, 23411 à 23415)
 - iii) Facette fabriquée au fauteuil : une fois par période de 60 mois pour une même dent (23122)
 - iv) Tenons par restauration (21301 à 21304)

(Une même surface ou classe sur une même dent est remboursée une fois par période de 12 mois.)

- e) Endodontie
- i) Urgence endodontique
 - Pulpotomie (32201, 32202, 32210)
 - ouverture de la dent (trépanation d'une couronne) (39910)
 - ouverture d'une dent (trépanation d'une couronne en métal ou en porcelaine) (39919)
 - Pulpectomie d'urgence
 - dent primaire (y compris trépanation de la couronne) (39901)
 - pansement sédatif (39930)
 - ii) Traumatisme endodontique
 - coiffage de pulpe (direct et indirect) (31100, 31110)
 - meulage et polissage d'une dent traumatisée (39960)
 - meulage sélectif pour soulager une occlusion traumatique, acte distinct (39970)

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

- réimplantation d'une dent avulsée (39981)
- reposition d'une dent déplacée par traumatisme (39985)
- iii) Traitement endodontique général
 - préparation de la dent en vue d'un traitement (39100, 39110, 39120)
 - traitement de canal (33100, 33200, 33300, 33400)
 - retraitement de canal (33110, 33210, 33310, 33410)
- iv) Apexification (33501 à 33503)
- v) Chirurgie endodontique
 - apectomie (34101 à 34104, 34111, 34112, 34114, 34115)
 - obturation rétrograde (acte distinct du traitement de canal) (34201 à 34203, 34212, 34215)
 - amputation de racine (34401, 34402)
 - hémisection (39230)
 - réimplantation intentionnelle (34451 à 34453)
 - stabilisateur endodontique intra-osseux (39715, 39725)
- f) Traitements parodontaux
 - i) Soins des infections aiguës et autres lésions (41200)
 - ii) Application d'agent désensibilisant (41300)
 - iii) Chirurgie parodontale (sauf régénération du parodonte selon la méthode guidée) (42000 à 42003, 42010, 42100, 42101, 42104, 42200, 42300, 42310, 42330, 42400, 42441, 42560, 42611, 42711, 42720)
 - iv) Jumelage (sauf jumelage avec treillis de type Maryland) (43200, 43211, 43212, 43260, 43280)
 - v) Services complémentaire
 - équilibration mineure : 3 fois par année civile (43300)
 - équilibration majeure : une fois par année civile (43310)

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

- appareil parodontal : une fois par période de 60 mois (43600)
- g) Rebasage, regarnissage et réparation de prothèse amovible
 - i) Réparations avec ou sans empreinte (55101 à 55104, 55201 à 55204)
 - ii) Ajouts de structure à un partiel (55520, 55530, 55700)
 - iii) Rebasage, regarnissage (56200, 56201, 56211, 56220, 56221, 56230, 56231, 56260 à 56263)
 - iv) Garnissage temporaire thérapeutique (56270 à 56273)
 - v) Obturateur palatin (57202)
- h) Réparation de pont fixe
 - i) Réparations (sauf l'ablation d'un pont devant être remplacé, par unité de pilier) (66600, 66601, 66620, 66710, 66720)
- i) Chirurgie buccale
 - i) Ablation de dent ayant fait éruption, sans complication (71101, 71111)
 - ii) Ablation chirurgicale complexe, dent ayant fait éruption, dent incluse et racine (72100, 72210, 72230, 73340, 72300, 72310, 72320, 72410, 72411)
(acceptation de la demande par l'assureur avec radiographie à l'appui)
 - iii) Alvéolectomie (73020)
 - iv) Alvéoloplastie (73110, 73123)
 - v) Ostéoplastie (73133 à 73135, 73140)
 - vi) Tubéroplastie (73150, 73151)
 - vii) Ablation de tissu hyperplasique (73171 à 73176)
 - viii) Ablation de surplus de muqueuse (73181 à 73186, 73360, 73361)
 - ix) Extension des replis muqueux (73381 à 73384, 73401 à 73404)

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

- x) Ablation de tumeur ou de kyste (74108, 74109, 74408 à 74410)
- xi) Incision et drainage (75100, 75101, 75110, 75301)
- xii) Réduction de fracture (76210, 76310, 76910 à 76913, 76950 à 76953)
- xiii) Frénectomie (77801 à 77803)
- xiv) Dislocation de la mandibule (78110, 78111)
- xv) Traitement des glandes salivaires (79103 à 79106, 79113, 79144)
- xvi) Récupération d'une racine dentaire ou d'un corps étranger dans l'antrum (79301, 79303)
- xvii) Lavage de l'antrum (79304, 79305)
- xviii) Fermeture d'une fistule oro-antrale (79306 à 79308)
- xix) Contrôle d'hémorragie (79400, 79401)
- xx) Traitement post-chirurgical (79601, 79602)
- j) Services généraux
 - i) Anesthésie locale (92110, 92120)
 - ii) Anesthésie générale (coût de l'anesthésique seulement) (92201)

SOINS MAJEURS

Prothèse amovible

- a) Prothèse complète
 - i) prothèse complète (51100, 51110, 51120)
 - ii) prothèse immédiate (51300, 51310, 51320)
 - iii) prothèse immédiate de transition (51600, 51610)
 - iv) prothèse hybride (51701 à 51703)

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

- b) Prothèse partielle amovible
 - i) prothèse partielle immédiate ou de transition (52120 à 52123, 52230, 52231)
 - ii) prothèse partielle avec base coulée (52400, 52410, 52420, 52500, 52510, 52520, 52530)
 - iii) prothèse partielle avec attaches de précision (52600, 52610)
 - iv) prothèse partielle coulée de type semi-précision (52601, 52611)
 - v) prothèse partielle, réfection (56411 à 56413)
 - vi) ajustement d'une prothèse (54250)

Si des frais de laboratoire s'appliquent à l'un des procédés des soins dentaires couverts en vertu de cette garantie, ces frais sont limités à soixante pour cent (60 %) des honoraires établis pour ce procédé.

RESTRICTIONS

- a) Lorsque dans le guide des tarifs des actes bucco-dentaires destiné au praticien généraliste approuvé par l'Association des chirurgiens dentistes de la province mentionnée au Tableau sommaire le mot sextant ou quadrant est employé dans la description d'un traitement, le ou les codes correspondant à ce traitement sont limités à six (6) sextants ou quatre (4) quadrants, selon le cas, par année civile, par personne assurée.
- b) Lorsqu'une prothèse (couronne individuelle, corps coulé, pivot préfabriqué, prothèse amovible et pont fixe) a été sujette à prestations, aucune prothèse de remplacement n'est sujette à prestations si elle est posée dans les soixante (60) mois de l'installation de la précédente. Cependant, une prothèse amovible permanente, partielle ou complète est remboursable si elle remplace une prothèse amovible de transition (partielle [52120-52121] ou complète [51600-51610]) et que son remplacement s'effectue à l'intérieur d'un délai de six (6) mois suivant la date d'installation de la prothèse de transition.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

- a) La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :
- i) Tout traitement ou appareil visant à corriger la dimension verticale, ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;
 - ii) Les soins donnés par un hygiéniste dentaire qui ne sont pas administrés sous la surveillance d'un dentiste;
 - iii) Les soins dentaires couverts en vertu de la garantie d'assurance maladie, si cette garantie fait partie du présent régime, ou en vertu de tout autre contrat d'assurance collective;
 - iv) Les services et fournitures relatifs au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport;
 - v) Tous les frais payables ou remboursables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été soumise;
 - vi) Les soins ou services rendus nécessaires à la suite de toute tentative de suicide ou toute blessure que la personne assurée s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
 - vii) Les soins ou services qui résultent d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;
 - viii) Les soins qui ne sont pas médicalement nécessaires, qui sont donnés dans un but esthétique ou qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique;
 - ix) Les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de la personne assurée;
 - x) Les soins ou services reliés aux implants.
- b) Le montant de la prestation est diminué de toute prestation payable ou remboursable en vertu d'un régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui habituellement l'aurait été si une demande de règlement avait été soumise.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

- c) Programme de traitement - S'il est prévu que le coût total du traitement dépasse quatre cents dollars (400 \$), un programme de traitement doit être soumis à l'assureur qui déterminera, avant le début du traitement, le montant des frais couverts.

Par programme de traitement, on entend une description écrite des traitements nécessaires, selon l'opinion du dentiste, ainsi que les radiographies à l'appui de cette opinion, la date probable et le coût prévu de ces traitements.

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Preuves : Avant d'effectuer un remboursement, l'assureur peut exiger comme preuve à l'appui, sans aucuns frais de sa part, un diagramme complet montrant l'état de la dentition de la personne assurée avant le début des traitements pour lesquels une demande d'indemnité est faite. L'assureur peut aussi, s'il le juge nécessaire, exiger les rapports de laboratoire ou d'hôpital, radiographies, plâtres, moules ou modèles à des fins d'étude ou autres preuves semblables.

Option du type de traitement : S'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de la personne assurée, l'assureur rembourse les frais les moins élevés, à condition toutefois que le traitement donné soit normal et approprié.

CALCUL DU REMBOURSEMENT

Franchise : La franchise est la partie des frais couverts qui doit être payée par le participant avant que des prestations soient payables en vertu de la présente garantie. Le montant maximal de la franchise exigible au cours d'une année civile est indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant.

Report de la franchise : Si la franchise a été acquittée en tout ou en partie par le paiement de frais engagés au cours des trois (3) derniers mois d'une année civile, la franchise applicable à l'année suivante sera réduite du montant de la franchise déjà acquittée.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Remboursement : L'assureur rembourse un certain pourcentage des frais couverts qui ont été engagés au cours d'une année civile, après avoir déduit la franchise applicable à cette année-là, le cas échéant. Ce pourcentage est indiqué au Tableau sommaire.

Maximum par personne assurée : Le maximum global que rembourse l'assureur pour la présente garantie est indiqué au Tableau sommaire.

Les frais dentaires engagés au cours des six (6) mois qui suivent l'entrée en vigueur de la protection d'une personne assurée sont exclus lorsque la demande d'adhésion à l'assurance est reçue par l'assureur :

- a) plus de cent quatre-vingts (180) jours après la date d'admissibilité pour le participant, et
- b) plus de trente et un (31) jours après la date d'admissibilité pour ses personnes à charge.

Coordination des prestations : Les garanties du présent régime seront coordonnées avec toute prestation que la personne assurée reçoit ou pourrait recevoir en vertu de toute autre garantie. L'expression «garantie» désigne toute garantie qui prévoit des prestations pour soins, services ou fournitures en vertu :

- a) de tout régime d'assurance collective, individuelle, familiale, d'assurance voyage, d'assurance des débiteurs et des épargnants,
- b) de tout régime public prévoyant des prestations pour des soins similaires, et
- c) de tout régime d'avantages sociaux non assuré.

COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT

Demandes de règlement pour les garanties d'Assurance maladie complémentaire et d'Assurance soins dentaires

Le participant doit remplir le formulaire correspondant, y joindre l'original des reçus, le cas échéant, et transmettre le tout à l'adresse suivante :

Pour les participants résidant au Québec et dans les provinces de l'Atlantique
Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
Assurance collective - Service des règlements maladie/dentaire
C.P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5

Pour les participants résidant en Ontario et dans les provinces de l'Ouest
Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
Assurance collective - Service des règlements maladie/dentaire
C.P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3

Il est important que le participant conserve une copie de ses reçus. De plus, le participant devrait conserver une copie du calcul détaillé des prestations qui sera joint à ses chèques de remboursement. Le participant peut avoir besoin de ces documents pour établir la coordination de ses prestations avec un autre assureur ou pour sa déclaration de revenus.

COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT

Demandes de règlement pour la garantie d'Assurance salaire

Le participant doit remplir le formulaire correspondant et le transmettre à l'adresse suivante :

Pour les participants résidant au Québec et dans les provinces de l'Atlantique

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
Assurance collective - Service des règlements invalidité
C.P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5

Pour les participants résidant en Ontario et dans les provinces de l'Ouest

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
Assurance collective - Service des règlements invalidité
522, avenue University, bureau 400
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

AVIS IMPORTANT **pour les personnes hospitalisées hors du Canada**

La personne assurée est tenue de communiquer avec le fournisseur du service d'assistance médicale de l'Industrielle Alliance aussitôt qu'elle est raisonnablement en mesure de le faire après le début de son hospitalisation, sans quoi l'Industrielle Alliance peut refuser la demande de règlement de la personne assurée ou y apporter des limitations.

Appel des États-Unis	1-800-203-9024	(sans frais)
Appel d'un autre pays	514-499-3747	(appel à frais virés)

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'Industrielle Alliance tient à protéger la confidentialité des renseignements personnels obtenus sur tout participant et ses personnes à charge dans le cadre de services fournis en vertu du régime collectif établi pour le titulaire de la police. L'Industrielle Alliance reconnaît et respecte le droit de toute personne à sa vie privée et à la confidentialité des renseignements qui la concernent.

Dès l'adhésion du participant au régime collectif, l'Industrielle Alliance ouvre un dossier confidentiel pour y consigner tout renseignement personnel obtenu à l'égard du participant. Ce dossier sera conservé aux bureaux de l'Industrielle Alliance.

Ne peuvent avoir accès au dossier que les employés, les représentants et les fournisseurs de services de l'Industrielle Alliance qui en ont besoin dans l'exercice de leurs attributions, ainsi que les personnes qui ont reçu l'autorisation du participant, ou qui y sont autorisées par la loi.

À l'Industrielle Alliance, les renseignements personnels recueillis sont utilisés dans le cadre de services administratifs exigés par le régime collectif. Ces services administratifs comprennent notamment :

- l'établissement de l'admissibilité au régime collectif ou à une quelconque garantie;
- l'inscription des participants au régime collectif;
- l'évaluation et le règlement des sinistres;
- la sélection des risques (y compris l'établissement des taux applicables au régime collectif).

Droit d'accès du participant aux renseignements personnels obtenus à son égard

Le participant a le droit de consulter les données recueillies à son sujet et de demander, par écrit, la correction de toute information inexacte. Le participant peut en outre demander que toute donnée périmée ou superflue soit supprimée.

Si l'Industrielle Alliance a au dossier du participant des renseignements médicaux qu'elle n'a pas obtenus directement de ce dernier, elle ne les communiquera au participant que par l'entremise de son médecin traitant.

Pour demander l'accès aux renseignements personnels le concernant, ou pour demander qu'on enlève son nom de la liste utilisée à l'intérieur du Groupe Industrielle Alliance, le participant doit communiquer par écrit avec le responsable du droit d'accès à l'information à l'adresse ci-dessous :

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
Responsable du droit d'accès à l'information
1080, Grande Allée Ouest
C.P. 1907, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 7M3

NOTES