



360° MC | ASSURANCE
COLLECTIVE

Votre régime d'assurance collective

**SYNDICAT DES TRAVAILLEURS DE L'ALUMINIUM
D'ALMA, MÉTALLOS LOCAL 9490**

Police n° Q1240

Employés syndiqués

Fière partenaire de



FONDATION MC
DES MALADIES
DU COEUR
ET DE L'AVC



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

Votre régime d'assurance collective

**SYNDICAT DES TRAVAILLEURS DE L'ALUMINIUM
D'ALMA, MÉTALLOS LOCAL 9490**

Police n° Q1240

Employés syndiqués

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de votre police d'assurance collective qui a pris effet le 1^{er} novembre 2013. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

Cette version électronique de la brochure a été mise à jour le 1^{er} novembre 2013. Veuillez prendre note que cette version électronique est mise à jour plus régulièrement que la version imprimée de votre brochure. Des divergences peuvent donc apparaître entre les deux documents.

**Bureau du syndicat
Mme Sylvie Tremblay
418 622-7055**

**Votre courtier
Mme Isabelle Émond
1 418 622-3045
en collaboration avec**

 **S
A
G
E** Les conseillers
en avantages sociaux inc.

TABLE DES MATIÈRES

TABLEAU DES GARANTIES	1
DÉFINITIONS	8
ADMISSIBILITÉ	11
PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE ET EXONÉRATION DES PRIMES	13
CESSATION DE L'ASSURANCE	16
DEMANDES DE PRESTATIONS	17
ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE	19
ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE	22
ASSURANCE FRAIS DENTAIRE	37
POLICE NO 1NA00-0884	49
VOTRE GARANTIE ASSURANCE VOYAGE	75

TABLEAU DES GARANTIES

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Adhésion : Obligatoire

Conditions d'admissibilité

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

Délai d'admissibilité : Dès le premier jour de service auprès de l'employeur.

Exonération des primes

**Garantie d'assurance
faisant l'objet de
l'exonération des primes
en cas d'invalidité
totale :**

Assurance vie de base des personnes à charge

Début de l'exonération : Après 119 jours d'invalidité totale.

ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE

Montant de l'assurance : Conjoint : 5 000 \$
Chaque enfant : 2 500 \$

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

Fin de la garantie :

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

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE

Montant de la franchise

Médicaments :	Ticket modérateur de 5 \$ par médicament prescrit
Frais d'hospitalisation :	Aucune
Pour tous les autres frais :	25 \$ par protection individuelle ou 25 \$ par protection couple, monoparentale ou familiale par année civile.
Carte de paiement pour les médicaments :	Carte de paiement direct

Pourcentage de remboursement

Médicaments :	Médicaments génériques : 100 % Médicaments de marque : 80 % Toutefois, les vaccins préventifs couverts sont remboursés à 50 %.
----------------------	--

Contribution maximale pour les médicaments :

Pour chaque année civile, une contribution maximale s'applique aux frais admissibles pour les médicaments. Cette contribution est la franchise et toute partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de cette garantie.

Lorsque la contribution de l'adhérent atteint le maximum de la contribution annuelle établie par la Régie de l'assurance médicaments du Québec (RAMQ), pour les frais engagés par lui-même et ses enfants à charge, le pourcentage de remboursement des médicaments pour l'adhérent et ses enfants à charge, passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

Lorsque la contribution atteint le maximum de la contribution annuelle établie par la RAMQ, pour les frais engagés par le conjoint de l'adhérent, le pourcentage de remboursement des médicaments pour le conjoint, passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

Frais d'hospitalisation : 100 %

Psychologue : 50 %

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

**Limite des frais
admissibles**

**Frais d'hospitalisation
de courte durée :**

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

**Frais d'hospitalisation
de longue durée :**

**Maison de convalescence, de
réadaptation ou de soins pour malades
chroniques :**

Montant payable de 20 \$ par jour et un maximum combiné de 120 jours par période d'hospitalisation.

Soins infirmiers :

Montant payable de 3 000 \$ par année civile par personne assurée, jusqu'à concurrence d'un montant payable viager de 25 000 \$ par personne assurée.

Services paramédicaux :

Montant payable de 150 \$ par année civile, par personne assurée :

- Diététiste

Montant payable de 500 \$ par année civile, par personne assurée :

- Psychologue

Montant payable de 25 \$ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 700 \$ par année civile, par personne assurée pour l'ensemble des spécialistes indiqués ci-dessous :

- Acupuncteur
- audiologiste ou thérapeute de l'ouïe
- chiropraticien
- ergothérapeute
- orthothérapeute
- naturopathe
- orthophoniste ou thérapeute de la parole
- ostéopathe
- physiothérapeute (sur recommandation médicale seulement)
- thérapeute en réadaptation physique
- podiatre ou podologue

Fin de la garantie

Âge limite :

La date de la retraite.

ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

**Année du guide des
tarifs dentaires :**

Année courante

Montant de la franchise :

50 \$ pour l'adhérent et 50 \$ pour les
personnes à charge, par année civile

**Pourcentage de
remboursement**

Soins de prévention :

75 %

**Soins de base,
d'endodontie et de
parodontie :**

75 %

**Soins de restauration
majeure :**

50 %

Soins orthodontiques :

50 % (frais couverts pour les adultes et les
enfants)

**Montant maximum
payable**

**Soins de prévention, de
base, d'endodontie, de
parodontie et de
restauration majeure :**

1 000 \$ par année civile par personne
assurée pour l'ensemble des soins.

Soins orthodontiques :

Maximum viager de 1 000 \$ par personne
assurée.

Fréquence :

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

Limitations :

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

Carte de paiement :

Oui

Fin de la garantie

Âge limite :

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

DÉFINITIONS

Dans le cadre du contrat :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Employeur désigne Rio Tinto Alcan.

Enfant à charge désigne l'enfant qui :

- 1) a moins de 22 ans et à l'égard duquel l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exerce une autorité parentale ou exerçait une autorité parentale jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de la majorité;
- 2) n'a pas de conjoint, a 25 ans ou moins, fréquente, ou est réputé fréquenter, à temps plein, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard duquel l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exercerait l'autorité parentale s'il était mineur;
- 3) est majeur, sans conjoint et atteint d'une déficience fonctionnelle qui est survenue lorsque l'état de cette personne correspondait à l'une ou l'autre des définitions données dans les paragraphes 1) ou 2) ci-dessus. De plus, pour être considérée comme une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, la personne doit être domiciliée chez une personne qui, en plus d'être assurée à titre d'adhérent ou de conjoint d'un adhérent, exercerait l'autorité parentale sur la personne déficiente si elle était mineure.

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

Hôpital désigne tout hôpital ou centre hospitalier que la loi reconnaît comme tel, qui assure principalement la fonction de soigner les personnes malades ou blessées, qui est doté d'installations permettant l'établissement de diagnostics et la réalisation d'opérations chirurgicales majeures et qui dispense des soins infirmiers 24 heures sur 24. Les maisons de santé, les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les maisons de repos, les maisons de convalescence ou les établissements qui dispensent des soins aux alcooliques ou aux toxicomanes ne sont pas compris.

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

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

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

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

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

ADMISSIBILITÉ

ADMISSIBILITÉ DES EMPLOYÉS

Un employé devient admissible à l'assurance :

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

Un employé dont l'assurance en vertu du contrat a pris fin par suite de cessation d'emploi et qui est réengagé par l'employeur dans les 12 mois suivant immédiatement la cessation de son assurance a droit de faire remettre son assurance en vigueur à compter de la date à laquelle il retourne au travail, pourvu que la demande de remise en vigueur soit faite à l'assureur dans les 31 jours suivant cette date d'admissibilité.

ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

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

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

DEMANDE D'ADHÉSION

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

DROIT D'EXEMPTION

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

Si la demande est reçue plus de 31 jours après cette date d'admissibilité à l'assurance, la garantie d'assurance frais dentaires prendra effet à la date à laquelle l'adhérent signe la demande et les preuves d'assurabilité sont remplacées par une limitation des prestations, décrite dans la partie RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS de la garantie d'assurance frais dentaires.

PERSONNE ASSURÉE DE 65 ANS ET PLUS

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

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

PREUVES D'ASSURABILITÉ

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

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE ET EXONÉRATION DES PRIMES

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE DES ADHÉRENTS

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

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

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

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

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

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

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

- 1) la date à laquelle l'assurance de l'adhérent prend effet en vertu du contrat;
- 2) la date à laquelle l'adhérent assuré en vertu du contrat devient admissible à l'assurance des personnes à charge, pourvu qu'une demande soit soumise par écrit dans les 31 jours suivant cette date d'admissibilité;
- 3) la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité des personnes à charge, si l'adhérent doit fournir des preuves d'assurabilité parce qu'il n'a pas soumis sa demande d'assurance dans les 31 jours suivant la date à laquelle il est devenu admissible à l'assurance, sauf dans le cas de la garantie d'assurance accident-maladie, qui prend effet à la date à laquelle l'employé signe sa demande écrite, remplie selon les exigences de l'assureur;

- 4) la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité des personnes à charge, si l'adhérent soumet une demande d'assurance des personnes à charge plus de 31 jours après être devenu admissible pour la première fois à l'assurance des personnes à charge, sauf dans le cas de la garantie d'assurance accident-maladie, qui prend effet à la date à laquelle l'employé signe la demande écrite, remplie selon les exigences de l'assureur.

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

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

EXONÉRATION DES PRIMES

- 1) Pour les garanties identifiées à cet égard au TABLEAU DES GARANTIES, et ce à compter du début d'exonération des primes qui y est indiqué, aucune prime n'est payable pour tout adhérent qui devient totalement invalide pendant qu'il est couvert en vertu du contrat mais avant d'atteindre l'âge de 65 ans, s'il présente à l'assureur une attestation satisfaisante de cette invalidité totale. Cette exonération se poursuit aussi longtemps que dure l'invalidité totale de l'adhérent. Aux fins du présent article, l'exonération prend fin à la plus hâtive des dates suivantes :
 - a) la date à laquelle l'adhérent est incapable ou refuse, dans un délai de trois mois suivant la date de la demande de l'assureur, de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de son invalidité totale;
 - b) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
 - c) pour la garantie d'assurance vie, la date à laquelle l'adhérent transforme son assurance en vertu de la disposition relative au DROIT DE TRANSFORMATION;
 - d) la date à laquelle l'adhérent atteint 65 ans ou la date de sa retraite, si antérieure.
- 2) Les dispositions du contrat qui ont trait à toute augmentation des montants d'assurance cessent de produire leurs effets pendant l'invalidité totale.
- 3) Si une récurrence d'invalidité survient dans les six mois suivant la fin d'une période antérieure d'invalidité totale qui a donné lieu à une exonération des primes en vertu du contrat, cette récurrence est considérée comme étant une prolongation de la période antérieure si elle est due aux mêmes causes ou à des causes connexes.

- 4) Dans le cas de la garantie d'assurance vie, si un adhérent totalement invalide décède plus de 31 jours après la date de cessation de son assurance et avant d'avoir atteint l'âge de 65 ans et que l'assureur n'a reçu aucun avis écrit ni aucune attestation d'invalidité totale pour cet adhérent, le montant d'assurance vie indiqué au TABLEAU DES GARANTIES en vigueur lors de la cessation de son assurance est payable, pourvu que :
- a) l'invalidité totale de l'adhérent soit survenue pendant qu'il était couvert en vertu du contrat;
 - b) l'invalidité totale de l'adhérent ait été ininterrompue à compter de la date du début de son invalidité totale jusqu'à celle de son décès;
 - c) le décès de l'adhérent survienne dans les 12 mois suivant la date du début de son invalidité totale;
 - d) l'adhérent n'ait pas transformé une partie ou la totalité de son assurance en vertu de la disposition relative au DROIT DE TRANSFORMATION au moment où son assurance a pris fin et que
 - e) l'assureur reçoive une attestation satisfaisante d'invalidité totale et une attestation du décès de l'adhérent dans les 90 jours suivant la date du décès.
- 5) Afin d'être exonéré du paiement de ses primes en vertu de la disposition relative à l'EXONÉRATION DES PRIMES, l'adhérent doit fournir un avis écrit attestant de son invalidité totale. L'assureur doit recevoir cet avis dans les 12 mois suivant la date à laquelle l'adhérent devient totalement invalide ainsi qu'une attestation d'invalidité totale satisfaisante dans les 90 jours suivant la date de réception de l'avis écrit.

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

CESSATION DE L'ASSURANCE

CESSATION DE L'ASSURANCE DES ADHÉRENTS

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

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

CESSATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

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

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

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

PROLONGATION DE L'ASSURANCE

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

DEMANDES DE PRESTATIONS

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

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

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

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

BÉNÉFICIAIRE

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

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

RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

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

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

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

EXAMENS MÉDICAUX

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

COORDINATION DES PRESTATIONS

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

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

Dans le cadre de la présente disposition, « régime » désigne le contrat et tout régime fournissant des prestations ou des services en vertu :

- 1) des autres régimes d'assurance collective;
- 2) de toute autre forme de contrat, assuré ou non, couvrant les membres d'un groupe;
- 3) des programmes gouvernementaux ou de toute assurance requise ou fournie par une loi.

Le terme « régime » est interprété distinctement selon qu'il désigne une police, un contrat ou un autre arrangement visant des prestations ou des services ou selon qu'il désigne la partie de la police, du contrat ou de l'autre arrangement qui comporte le droit de pouvoir tenir compte des prestations ou services d'autres régimes pour fixer ses propres prestations, ou la partie qui ne comporte pas un tel droit.

ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE

DÉFINITION

Dans le cadre de la présente garantie :

Invalidité totale ou totalement invalide désigne

- 1) pendant les 24 premiers mois qui suivent le début de l'invalidité :
un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent d'accomplir toutes les tâches habituelles de sa fonction principale, sans exception;
- 2) après l'écoulement des 24 premiers mois qui suivent le début de l'invalidité :
un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent de se livrer à tout travail pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation et de son expérience.

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

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

OBJET DE LA GARANTIE

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

DÉBUT DE L'ASSURANCE DU NOUVEAU-NÉ

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

FIN DE LA GARANTIE

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

DROIT DE TRANSFORMATION DU CONJOINT

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

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

DROIT DU CONJOINT APRÈS LA CESSATION DE L'ASSURANCE

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

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

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

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

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

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

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

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

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

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

Hospitalisation désigne

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

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

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

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

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

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

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

Recommandation médicale désigne l'ordre de fournir un médicament ou de prodiguer des soins, donné par un médecin, un chirurgien dentiste ou un podiatre dûment autorisé à le faire dans le cadre normal de l'exercice de sa profession.

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

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

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

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

OBJET DE LA GARANTIE

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant qu'une personne assurée a engagé des frais admissibles pendant qu'elle était couverte en vertu de la présente garantie, l'assureur rembourse la partie de ces frais qui excède la franchise, s'il y en a une, sous réserve du pourcentage de remboursement applicable et des restrictions indiquées au TABLEAU DES GARANTIES, et conformément aux autres dispositions applicables de la présente garantie et du contrat.

Pour être considérés comme admissibles, les frais doivent avoir été engagés à la suite d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident et couvrir des soins :

- 1) qui sont nécessaires du point de vue médical pour le traitement de la personne assurée;
- 2) qui sont normalement fournis pour une maladie ou blessure de cette nature ou de cette gravité;
- 3) qui, sous réserve d'une disposition contraire, ont été préalablement recommandés par le médecin traitant.

De plus, les frais sont limités aux frais usuels et raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus.

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

FRANCHISE

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

Les frais admissibles engagés au cours des 3 derniers mois d'une année civile servant à couvrir en partie ou en totalité la franchise de cette même année sont également appliqués en réduction de la franchise de l'année civile suivante.

TICKET MODÉRATEUR

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

POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT

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

FRAIS ADMISSIBLES AU CANADA – ACCIDENT-MALADIE

Les frais admissibles sont ceux énumérés ci-dessous et engagés :

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

FRAIS D'HOSPITALISATION

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

Maison de convalescence, de réadaptation ou de soins pour malades chroniques : les frais de séjour dans une chambre à deux lits (semi-privée), repas compris, dans une maison de convalescence, de réadaptation ou de soins pour malades chroniques autorisée, pourvu que la personne assurée y ait été admise dans les 14 jours suivant son séjour dans un hôpital à titre de malade hospitalisé et que le séjour ait principalement pour objet la réadaptation et non la surveillance du malade, jusqu'à concurrence de la limite indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

MÉDICAMENTS

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

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

troubles cardiaques;

troubles pulmonaires;

diabète;

arthrite;

maladie de Parkinson;

épilepsie;

fibrose kystique;

glaucome.

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

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

- 3) Les vaccins suivants seulement, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 125 \$ par année civile, par personne assurée : Prevnar, Gardasil et Zostavax.
- 4) Les injections de substances sclérosantes pour le traitement des varices, à condition que ces traitements soient nécessaires à des fins médicales et non esthétiques, à raison d'un maximum payable de 15 \$ par visite par personne assurée.
- 5) Les produits anesthésiants administrés lors d'une intervention qui n'a pas lieu dans un hôpital, jusqu'à concurrence d'un maximum payable de 20 \$ par intervention.
- 6) Les médicaments prescrits pour le traitement de dysfonctions sexuelles suivants seulement, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 1 000 \$ par année civile, par personne assurée : Viagra, Cialis, Apo-sildenafil et Novo-sildenafil.
- 7) Les produits et médicaments nécessaires au traitement de l'obésité, qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance médicale. Pour que le produit ou le médicament soit reconnu comme admissible, il est entendu que l'indice de masse corporelle (IMC) de la personne assurée doit être égal ou supérieur à 30, ou égal ou supérieur à 27 en présence d'autres facteurs de risque.

MÉDICAMENTS EXIGEANT UNE AUTORISATION PRÉALABLE

L'autorisation préalable de l'assureur est exigée pour certains médicaments. Il s'agit de confirmer, grâce à la collecte des informations médicales nécessaires, que les médicaments prescrits sont utilisés dans les conditions pour lesquelles ils ont été conçus et qu'ils répondent aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur.

Un formulaire d'autorisation préalable doit être rempli par le médecin et la personne assurée et soumis à l'assureur avant ou après que les médicaments soient achetés.

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

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

Soins paramédicaux : selon les dispositions prévues au TABLEAU DES GARANTIES, les services fournis par chaque type de professionnel, à condition que ce professionnel exerce dans les limites de sa compétence. Il doit également être membre en règle de son association ou de sa corporation professionnelle qui doivent être reconnues par l'assureur. À moins d'indication contraire, ces services ne nécessitent pas de recommandation médicale.

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

AMBULANCE

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

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

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

AIDE À LA MOBILITÉ

Fauteuil roulant conventionnel : achat ou location, à la discrétion de l'assureur. L'achat ou la location d'un fauteuil roulant électrique peut également être couvert lorsque la personne assurée n'est pas en mesure de conduire un fauteuil roulant conventionnel en raison de son état médical.

Aides à la marche ou béquilles : achat ou location, à la discrétion de l'assureur.

FOURNITURES ORTHOPÉDIQUES

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

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

Lit d'hôpital conventionnel : achat ou location, à la discrétion de l'assureur. L'achat ou la location d'un lit d'hôpital électrique peut également être couvert lorsque la personne assurée n'est pas en mesure d'utiliser un lit d'hôpital conventionnel en raison de son état médical, y compris les côtés et les trapèzes pour lit.

Chaussures orthopédiques : achat, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 300 \$ par année civile, par personne assurée. Pour être considérées comme orthopédiques, les chaussures doivent être conçues et fabriquées sur mesure pour une personne précise à partir d'un moulage dans le but de corriger un défaut du pied ou être des chaussures ouvertes, évasées ou droites, ou être nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne. De plus, elles doivent être fabriquées et facturées par des laboratoires détenant un permis en vertu de la loi sur la protection de la santé publique. Le coût des additions ou modifications faites à des chaussures préfabriquées est également admissible, mais les chaussures profondes ne sont pas considérées comme des chaussures orthopédiques. Les chaussures normales faisant partie de l'inventaire courant sont exclues.

ORTHÈSES ET PROTHÈSES

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

Orthèse podiatrique ou support plantaire : achat, jusqu'à concurrence d'un montant payable combiné de 300 \$ par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs.

Membre artificiel : achat, les frais de réparation sont également couverts. Les frais de remplacement sont couverts si le remplacement découle d'un changement physiologique. Les prothèses myoélectriques sont toutefois limitées à un montant payable de 10 000 \$ par prothèse.

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

Prothèse mammaire externe : achat, lorsqu'elle est requise à la suite d'une mastectomie totale ou radicale réalisée pendant que la personne est assurée en vertu de la présente garantie ou d'une garantie comparable en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de la présente garantie, jusqu'à concurrence d'une prothèse par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs. Les soutiens-gorge pour prothèses mammaires sont également couverts, sous réserve de deux soutiens-gorge par année civile, par personne assurée.

Prothèse auditive : achat, sur ordonnance écrite d'un oto-rhino-laryngologiste diplômé, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 500 \$ par personne assurée pour toute période de 60 mois consécutifs.

Prothèse capillaire : achat, lorsqu'une telle prothèse est nécessaire à la suite d'un traitement de chimiothérapie, jusqu'à concurrence d'un montant payable viager de 250 \$ par personne assurée.

ÉQUIPEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Glucomètre ou réflectomètre : achat ou location, sur recommandation médicale.

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

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

Pompe à drainage et accessoires de percussion thoracique : achat.

Neurostimulateur T.E.N.S. : achat ou location, à la discrétion de l'assureur.

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

Autres équipements thérapeutiques : achat ou location, à la discrétion de l'assureur, qui sont médicalement nécessaires et destinés à guérir ou à traiter une affection. Cette catégorie d'appareils comprend par exemple les stimulateurs de consolidation de fracture, les pompes à insuline et les appareils d'aérosolthérapie. Le respirateur à pression positive intermittente est toutefois limité à un montant payable viager de 2 000 \$ par personne assurée.

FOURNITURES MÉDICALES

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

Bas de contention : achat, à condition qu'ils soient fournis dans une pharmacie ou dans un établissement médical, jusqu'à concurrence de 2 paires par année civile, par personne assurée.

Stérilet : achat, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 50 \$ par année civile, par personne assurée.

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

Cathéter : achat.

Fournitures médicales servant au gavage : achat.

Fournitures médicales nécessaires suite à une trachéotomie : achat.

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

Vêtements compressifs pour brûlés : achat.

Pansements médicamenteux : achat.

SERVICES DIAGNOSTIQUES

Techniques d'imagerie et analyse de laboratoire, à l'exclusion des services reçus à l'hôpital. Toutefois,

- 1) les résonances magnétiques sont limitées à un montant payable de 1 000 \$ par année civile, par personne assurée,
- 2) le test de dépistage prénatal visant à déterminer le taux de risque de certaines anomalies chez le fœtus (trisomie 18, syndrome de Down, spina bifida et anencéphalie) est limité à un montant payable de 300 \$ par année civile, par personne assurée, et
- 3) l'électromyogramme du tunnel carpien est limité à 80 % des premiers 200 \$ de frais payables et 50 % de l'excédent.

SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT

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

LUNETTES ET LENTILLES

Lunettes, lentilles cornéennes ou lentilles intra-oculaires : achat, à condition que celles-ci soient rendues nécessaires par une opération de la cataracte, jusqu'à concurrence d'un montant payable viager de 300 \$ par personne assurée.

LE SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ

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

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

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

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

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

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

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

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

- 1) Les prestations sont limitées aux montants indiqués au TABLEAU DES GARANTIES ou dans la garantie.
- 2) Aucun remboursement n'est effectué en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :
 - a) les services ou les soins qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer en totalité ou en partie, sauf dans la mesure où il permet un remboursement excédentaire;
 - b) les services, les soins ou les produits que la personne reçoit gratuitement ou qui sont remboursables en vertu d'une loi provinciale ou fédérale, étant entendu que pour une personne qui n'est pas couverte par les lois en question, l'assureur ne rembourse pas les frais qui auraient normalement été couverts par les lois sur l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée;

- c) les services, les soins ou les produits administrés à des fins expérimentales;
- d) les frais engagés pour des prothèses implantées chirurgicalement, à l'exception des cristallins artificiels s'ils sont couverts par la police;
- e) les services, les soins ou les produits fournis à l'adhérent par l'employeur;
- f) les fauteuils roulants conçus ou adaptés pour permettre la participation à des activités sportives;
- g) les lits électriques, sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;
- h) les appareils de contrôle tels les stéthoscopes, les sphygmomanomètres ou les autres appareils de même nature ainsi que les accessoires domestiques tels les purificateurs, les humidificateurs, les climatiseurs, les baignoires à remous ou autres appareils de même nature;
- i) les équipements de type «Obus Forme»;
- j) les cours, programmes d'exercices, programmes de conditionnement physique sur appareil ou au sol, bains flottants, bains de boue, bains thérapeutiques, exercices de relaxation, exercices en gymnase, séances d'étirement et renforcement, évaluations posturales et bougies auriculaires;
- k) les couches pour incontinence;
- l) les soins dentaires, sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;
- m) les actes dentaires et les fournitures ayant pour but la restauration de la bouche au complet ainsi que la correction de la dimension verticale ou de toute dysfonction temporo-mandibulaire;
- n) les voyages de santé ou les voyages effectués pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- o) les services, les soins ou les produits non inclus dans la liste des frais admissibles;
- p) les frais admissibles qui découlent directement ou indirectement :
 - i) de dommages corporels que l'assuré s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
 - ii) de soins esthétiques;
 - iii) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel;

- iv) de toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute loi semblable ou en vertu de tout autre régime public;
 - v) d'une guerre, déclarée ou non, du service actif dans les forces armées d'un pays ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
 - vi) du fait pour l'adhérent d'avoir conduit un véhicule motorisé alors qu'il était sous l'influence de stupéfiants ou que la concentration d'alcool dans son sang excédait la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada; les frais admissibles engagés pour une cure de désintoxication et les frais engagés pour l'achat de médicaments que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments couvrirait ne sont pas visés par la présente;
 - q) les frais engagés pour une cure de désintoxication;
 - r) les frais engagés pour le traitement de l'infertilité;
 - s) les examens de la vue, ou pour la vérification de la réfraction oculaire;
 - t) les lunettes et les lentilles cornéennes, les lunettes de soleil ou les lunettes protectrices et l'ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes, sauf ce qui est prévu à la présente garantie;
 - u) les frais engagés pour des tests génétiques.
- 3) Exclusions applicables aux médicaments

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

- a) les médicaments, les hormones, les produits et les injections servant au traitement de l'obésité, sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;
- b) les produits anticonceptionnels (gelées et mousses contraceptives et prophylactiques), sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;
- c) les produits suivants, qu'ils soient considérés ou non comme des médicaments :
 - i) les shampooings et les autres produits pour le cuir chevelu, y compris les produits pour la pousse des cheveux;
 - ii) les produits pour soins esthétiques;
 - iii) les cosmétiques;

- iv) les produits dits naturels et les préparations homéopathiques;
 - v) les écrans solaires;
 - vi) les savons;
 - vii) les laxatifs d'usage courant;
 - viii) les antiacides stomacaux d'usage courant;
 - ix) les émoullients épidermiques;
 - x) les désinfectants et les pansements usuels;
 - xi) les eaux minérales;
 - xii) les préparations de lait de toute nature pour bébés;
 - xiii) les protéines ou suppléments diététiques (c'est-à-dire les produits servant de supplément ou de complément à l'alimentation);
- d) les substances utilisées pour injections sclérosantes dans les cas de varicosités, de pinceaux veineux et de dilatation mineure non réellement pathologiques mais considérés comme inesthétiques;
 - e) les médicaments pouvant être injectés et les vaccins, sauf ceux qui sont nommés dans la présente garantie;
 - f) les produits et les médicaments prescrits pour le traitement de dysfonctions sexuelles, sauf ceux qui sont nommés dans la présente garantie;
 - g) les médicaments ou produits antitabac qui ne sont pas couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments ainsi que les frais en excédent du maximum prévu en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments relativement aux médicaments ou produits antitabac;
 - h) les médicaments pour le traitement de l'infertilité sauf ceux couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments;

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

- 4) Exclusions applicables aux médicaments exigeant une autorisation préalable

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

5) Restrictions applicables aux médicaments

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

COORDINATION DES PRESTATIONS

La présente garantie est assujettie à la disposition relative à la COORDINATION DES PRESTATIONS de la section DEMANDES DE PRESTATIONS du contrat et aux dispositions ci-dessous.

FIN DE LA GARANTIE

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

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

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

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

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

Toute demande de prestations autre que pour des médicaments doit être accompagnée des pièces justificatives appropriées et être adressée à l'assureur à chaque période de 120 jours, dans la mesure où le montant de la demande le justifie et avant la fin d'une période de 12 mois consécutifs suivant la date où les frais ont été engagés. De plus, un avis écrit doit être transmis à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent immédiatement la date de tout accident en raison duquel l'adhérent doit soumettre une demande de prestations.

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

REMBOURSEMENT DES FRAIS DE MÉDICAMENTS

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

ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

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

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

Guide des tarifs désigne le guide des tarifs des actes bucco-dentaires des associations dentaires provinciales utilisé par les praticiens généralistes de la province où réside la personne assurée, pour l'année civile indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

Hygiéniste dentaire désigne une personne autorisée à dispenser des traitements dentaires prophylactiques par une faculté dentaire accréditée.

ADHÉSIONS TARDIVES

L'assureur n'exige pas de preuves d'assurabilité pour la présente garantie, même lorsqu'un adhérent soumet une demande d'adhésion, pour lui-même ou pour ses personnes à charge, plus de 31 jours après la date d'admissibilité applicable. Toutefois, dans tous les cas, l'assureur limite le montant des prestations payables ainsi qu'il est indiqué à l'article RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS de la présente garantie.

OBJET DE LA GARANTIE

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant qu'une personne assurée, alors couverte en vertu de la présente garantie, a engagé des frais admissibles qui étaient nécessaires et qui avaient trait à des services recommandés par un dentiste, l'assureur rembourse la partie de ces frais qui excède la franchise, s'il y en a une, sous réserve du pourcentage de remboursement et des maximums indiqués au TABLEAU DES GARANTIES et conformément aux autres dispositions applicables du contrat.

Pour être admissibles, les soins doivent être :

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

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

DÉBUT DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

Si l'entrée en vigueur de l'assurance d'une personne à charge est retardée parce qu'elle est hospitalisée le jour où l'assurance doit normalement entrer en vigueur, cette personne ne devient assurée que 24 heures après son retour au domicile de l'adhérent. Toutefois, un nouveau-né d'un adhérent dont les personnes à charge sont déjà assurées devient assuré dès sa naissance.

FRANCHISE

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

Les frais admissibles engagés au cours des 3 derniers mois d'une année civile servant à couvrir en partie ou en totalité la franchise de cette même année sont également appliqués en réduction de la franchise de l'année civile suivante.

POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT

Tout pourcentage de remboursement indiqué dans le TABLEAU DES GARANTIES est le pourcentage des frais admissibles après application de la franchise qui sera remboursé par l'assureur, en vertu des dispositions de la présente garantie.

FRAIS ADMISSIBLES AU CANADA

SOINS DE PRÉVENTION

EXAMENS

- Examen buccal complet, une fois tous les 24 mois
- Examen buccal de rappel, selon la fréquence indiquée au TABLEAU DES GARANTIES
- Examen buccal d'aspect particulier, une fois tous les 6 mois
- Examen buccal d'urgence

RADIOGRAPHIES

- Série complète, limitée à une série tous les 24 mois

- Radiographies panoramiques, une radiographie par période de 6 mois
- Radiographies périapicales
- Radiographies interproximales, une radiographie par période de 6 mois
- Radiographies occlusales
- Tomographies
- Radiographies intra-orales et radiographies servant à diagnostiquer un symptôme ou à examiner les progrès dans une série de traitements particuliers
- Interprétation de radiographies provenant d'une autre source
- Photographie
- Radiographie de la main et du poignet, comme aide diagnostique au traitement dentaire

TESTS ET EXAMENS DE LABORATOIRE

- Cultures/frottis bactériologiques pour la détermination d'agents pathologiques
- Biopsies
- Test de vitalité
- Modèles de diagnostic, non montés
- Coloration ou illumination des muqueuses buccales pour évaluer une lésion déjà détectée

PRÉSENTATION ET EXPLICATION DE CAS

- Consultation avec un patient (un jour autre que celui de l'examen)
- Présentation de cas/plan(s) de traitement, en vue de l'obtention d'un consentement éclairé, sous réserve d'un maximum de 50 \$ par consultation

SERVICES DE PRÉVENTION

- Polissage, selon la fréquence indiquée au TABLEAU DES GARANTIES
- Détartrage léger à des fins préventives plutôt que thérapeutiques : selon la fréquence indiquée au TABLEAU DES GARANTIES
- Application topique de fluorure : selon la fréquence indiquée au TABLEAU DES GARANTIES
- Finition des obturations

- Scellants de puits et fissures
- Meulage interproximal
- Appareils de maintien en l'absence de dents primaires, pour les enfants âgés de moins de 16 ans
- Odontotomie prophylactique/améloplastie

SOINS DE BASE, ENDODONTIE ET PARODONTIE

RESTAURATION

- Amalgame (argent)
- Restaurations en composite selon ce qui est indiqué à la partie LIMITATIONS afférentes aux frais dentaires du TABLEAU DES GARANTIES
- Tenons de rétention pour restauration en amalgame ou en composite
- Couronnes préfabriquées en acier inoxydable et en polycarbonate, pour les enfants de moins de 16 ans
- Carie / trauma / contrôle de la douleur, acte distinct d'une restauration

ENDODONTIE

- Traitement d'une maladie de la chambre pulpaire et des canaux dentaires (traitement de canal)

PARODONTIE

- Traitements de tissus mous (gencives) et de l'os sur lesquels sont implantées les dents. Toutefois les frais admissibles suivants sont limités :
 - a) visites post-opératoires, quatre visites par année civile
 - b) curetage dispensé par un dentiste, une fois par période de 60 mois
 - c) détartrage à des fins thérapeutiques, limité à 12 unités de temps par année civile
 - d) ajustement pour appareil parodontal pour contrôler uniquement le bruxisme, limité à un ajustement par année civile
- Équilibrage majeur de l'occlusion

ENTRETIEN DE PROTHÈSES AMOVIBLES

- Réparation
- Addition (à une prothèse amovible existante)

- Regarnissage
- Rebasage
- Ajustement de prothèses, trois mois après l'insertion
- Ajustements de prothèses avec ajustements mineurs, une fois par période de six mois.

CHIRURGIE BUCCALE

- Extractions - sans complications et complexes
- Ablation de racines résiduelles
- Exposition chirurgicale des dents
- Alvéoplastie, gingivoplastie, stomatoplastie et ostéoplastie
- Reconstruction du procès alvéolaire
- Extension des replis muqueux
- Excisions
- Incisions
- Frénectomie
- Actes chirurgicaux divers

SERVICES ADDITIONNELS

Seules l'anesthésie générale et la sédation consciente sont couvertes. Ces frais sont admissibles s'ils sont administrés en relation avec une extraction.

SOINS DE RESTAURATION MAJEURE

PROTHÈSES

Les frais d'une prothèse dentaire permanente initiale (telle que pont fixe, prothèse amovible partielle ou complète) sont couverts si l'achat est rendu nécessaire en raison de l'extraction d'au moins une dent naturelle pendant que la personne est couverte en vertu de la présente garantie ou d'une garantie comparable détenue par le preneur en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de la présente garantie.

Les frais de remplacement d'une prothèse dentaire (telle que pont fixe, prothèse amovible partielle ou complète) déjà en place par une prothèse permanente sont couverts si :

- a) le remplacement est rendu nécessaire en raison de l'extraction d'au moins une dent naturelle pendant que la personne est couverte en vertu de la présente garantie ou d'une garantie comparable en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de la présente garantie, ou
- b) la prothèse déjà en place date d'au moins cinq ans, ou
- c) la prothèse déjà en place est temporaire et est remplacée par une prothèse permanente dans les 12 mois suivant la date de l'installation de la prothèse temporaire. En ce qui concerne le remboursement de la prothèse permanente qui remplace la prothèse temporaire, le montant de remboursement est réduit du montant déjà remboursé par l'assureur pour la prothèse temporaire.

Une prothèse temporaire qui date d'au moins 12 mois est considérée comme une prothèse permanente pour les fins d'application de cette clause.

PROTHÈSES AMOVIBLES

- Prothèses complètes
- Prothèses complètes immédiates
- Prothèses hybride standard
- Prothèses de transition
- Prothèses partielles, y compris base coulée en chrome (mais pas en or)
- Prothèses partielles, réfection
- Remontage avec équilibrage de l'occlusion
- Garnissage temporaire thérapeutique

PROTHÈSES FIXES (PONTS)

- Piliers et pontiques
- Réparations
- Ablation de pont
- Recimentation

AUTRES RESTAURATIONS SIMPLES

- Recouvrements, facettes, incrustations et couronnes
 - a) pour une dent qui est fracturée en raison de caries ou d'une blessure traumatique et qui ne peut être traitée au moyen d'une obturation en amalgame ou en composite
 - b) les couronnes de transition sont considérées comme faisant partie de la restauration finale
 - c) les frais de remplacement de facette, incrustation, recouvrement et couronne en place sont couverts si ceux-ci datent d'au moins cinq ans
 - d) ne sont remboursables que les couronnes en métal sur les molaires
- Réparation en porcelaine
- Tenons de rétention, pivots, corps coulés
- Recimentation
- Ablation d'une incrustation ou d'une couronne

SOINS ORTHODONTIQUES

Si une personne engage des frais admissibles, pendant qu'elle est assurée en vertu de la présente garantie, relativement à des soins dentaires nécessaires ayant pour but la correction de la malocclusion des dents, selon la liste des services qui suit, l'assureur rembourse ces frais conformément aux dispositions du contrat et sous réserve des maximums indiqués au TABLEAU DES GARANTIES.

- les services fournis aux fins de diagnostic
- les traitements orthodontiques préventifs
- les traitements orthodontiques complets
- les appareils de contrôle des habitudes buccales

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

Dans le cas d'une demande d'adhésion tardive pour l'adhérent ou ses personnes à charge ainsi qu'il est indiqué à la partie ADHÉSION TARDIVE de la présente garantie, le remboursement des frais de soins dentaires est limité à 250 \$ par personne assurée pendant les 12 premiers mois d'assurance.

Aucun remboursement n'est effectué relativement à toute partie des frais engagés excédant les frais suggérés dans le guide des tarifs approprié ainsi qu'il est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES. Lorsque deux ou plusieurs traitements sont disponibles pour corriger adéquatement une condition dentaire, ce régime remboursera le traitement le moins coûteux qui donne un résultat approprié du point de vue professionnel.

Le remboursement des frais de laboratoire est limité aux frais de laboratoire raisonnables et habituels de la localité où les services sont rendus. Toutefois, le remboursement total des frais de laboratoire ne doit en aucun cas dépasser 60 % des frais suggérés dans le guide des tarifs approprié ainsi qu'il est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES pour le traitement dentaire précis nécessitant des services de laboratoire.

Le remboursement des frais pour des restaurations en composite qui sont effectuées sur des dents postérieures peut être limité aux frais remboursables pour les restaurations en amalgame selon ce qui est indiqué à la partie LIMITATIONS afférentes aux frais dentaires du TABLEAU DES GARANTIES.

L'assureur n'effectue aucun remboursement en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :

- 1) les soins dentaires reçus à des fins esthétiques lorsque la forme et la fonction des dents sont satisfaisantes et qu'aucun état pathologique n'existe;
- 2) les frais engagés relativement à l'analyse de la diète et aux recommandations, à l'hygiène buccale et au programme de contrôle de la plaque dentaire;
- 3) les frais engagés pour des soins, des fournitures dentaires, y compris les radiographies, visant la reconstruction de la bouche entière, la correction de l'espace vertical, la restauration de l'occlusion ou la correction du dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire, ou pour un jumelage permanent des dents;
- 4) les frais imposés par un dentiste pour les rendez-vous auxquels la personne assurée néglige de se présenter et les frais engagés pour faire remplir des demandes de remboursement ou pour les consultations par téléphone;
- 5) les frais engagés pour des cultures/frottis bactériologiques suivis d'un traitement par Chlorzoxin;
- 6) les frais engagés pour des implants;
- 7) les frais engagés pour des duplicatas de modèles de diagnostic (non montés);
- 8) les frais engagés pour des anesthésies par acupuncture;

- 9) les soins dentaires qui ne sont pas encore approuvés par l'Association dentaire canadienne ou qui sont dispensés à des fins expérimentales seulement;
- 10) les services, soins ou produits dentaires que la personne a reçus gratuitement ou qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer;
- 11) les services, les soins ou les produits fournis à l'adhérent par l'employeur;
- 12) tout traitement reçu en dehors du Canada;
- 13) les services et fournitures dentaires non inclus dans la liste des frais admissibles;
- 14) les frais admissibles qui découlent directement ou indirectement :
 - a) des dommages corporels que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
 - b) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel;
 - c) de toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable ou de tout autre régime public;
 - d) d'une guerre, déclarée ou non, du service actif dans les forces armées d'un pays, ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire.

EXCLUSIONS AFFÉRENTES AUX PROTHÈSES ET AUX COURONNES

L'assureur n'effectue aucun remboursement en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :

- 1) les frais relatifs au remplacement de prothèses et d'appareils perdus, égarés ou volés;
- 2) les prothèses avec des attaches de précision ou des rupteurs de force;
- 3) les attaches de précision et les couronnes télescopiques pour les ponts fixes;
- 4) les couronnes préfabriquées en acier inoxydable ou polycarbonate, sauf dans le cas des dents primaires;
- 5) les chapes de transfert pour une couronne.

EXCLUSIONS AFFÉRENTES AUX TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES

L'assureur n'effectue aucun remboursement en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :

- 1) la thérapie myofonctionnelle;
- 2) le remplacement ou la réparation d'un appareil orthodontique;
- 3) la motivation du patient (approche psychologique et évaluation de la progression, par visite);
- 4) un acte nécessitant la mise en bouche d'un appareil orthodontique ajustable avant que la personne assurée ne devienne couverte en vertu de la présente garantie.

COORDINATION DES PRESTATIONS

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

ÉVALUATION PRÉALABLE DES PRESTATIONS

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

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

FIN DE LA GARANTIE

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

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

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

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

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

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

Pour le remboursement de frais dentaires dans le cas d'une personne assurée qui réside au Québec, la personne assurée doit présenter au dentiste participant la carte d'assurance maladie gouvernementale et la carte de paiement. Un simple appel téléphonique permet au dentiste de valider la carte de paiement, de confirmer que les soins dispensés ou prescrits sont assurés et d'obtenir la confirmation du montant que l'assureur lui paiera directement et celui que la personne assurée doit déboursier. Le dentiste soumet lui-même la demande de prestations au fournisseur de la carte de paiement et en remet une copie à la personne assurée, qui débourse uniquement la partie non assurée des frais dentaires engagés. Dans le cas d'un dentiste non participant, la personne assurée doit déboursier la totalité des honoraires pour les traitements reçus et l'adhérent doit soumettre une demande de prestations à l'assureur.

Pour une personne assurée qui réside à l'extérieur du Québec ou si le dentiste utilise le système d'échange électronique de données (EDI), l'adhérent n'a pas à présenter de demande à l'assureur pour obtenir son remboursement. EDI permet au dentiste de valider l'admissibilité de la personne assurée, de confirmer que les soins dispensés ou prescrits sont assurés et d'obtenir la confirmation du montant que l'assureur remboursera directement à l'adhérent, ou au dentiste, et celui que la personne assurée devra assumer. Le dentiste soumet lui-même la demande de prestations via EDI et remet une copie de la confirmation à la personne assurée. Dans le cas d'un dentiste qui n'utilise pas le système d'échange électronique de données (EDI), l'adhérent doit soumettre une demande de prestations à l'assureur.

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces justificatives et être adressées à l'assureur à chaque période de 120 jours, dans la mesure où le montant de la demande le justifie et avant la fin d'une période de 12 mois consécutifs suivant la date où les frais ont été engagés.

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

REMBOURSEMENT DES FRAIS AFFÉRENTS AUX SOINS ORTHODONTIQUES

Nonobstant toute disposition contraire du contrat figurant dans la partie DEMANDES DE PRESTATIONS, le remboursement des frais afférents aux soins orthodontiques a lieu selon l'une des modalités suivantes :

- 1) si une somme forfaitaire a été fixée pour toute la série de soins et que la personne assurée paie cette somme à l'orthodontiste en versements convenus, échelonnés selon la durée prévue des soins ou en une somme unique, l'assureur rembourse l'adhérent chaque fois que ce dernier lui présente une attestation, une facture ou un reçu spécifiant le montant des frais chargés, la date et la nature des soins reçus;
- 2) si, au lieu d'une somme forfaitaire, les services sont facturés au fur et à mesure qu'ils sont fournis, l'assureur rembourse l'adhérent chaque fois qu'il lui présente une demande de prestations.

POLICE NO 1NA00-0884

Sur la foi des déclarations qui figurent dans la Proposition-cadre ci-jointe et dans les formulaires d'adhésion, s'il y a lieu, et moyennant le paiement de la prime prévue aux articles 5, 6 et 7 de la Proposition-cadre, **SSQ, Société d'assurance inc.** (ci-après appelée « Assureur ») convient avec

Syndicat des travailleurs de l'Aluminium d'Alma, Métallos L9490

(ci-après appelé « Contractant »)

de couvrir les personnes admissibles suivantes : les Employés (chacun d'eux ci-après appelé « Employé assuré ») contre la survenance d'un sinistre conformément aux dispositions contractuelles des présentes et sous réserve de toutes les exclusions, limitations et stipulations de la Police.

Date d'effet et durée de la Police

La Police entre en vigueur conformément à l'article 8 de la Proposition-cadre. Les années et les mois d'assurance sont tous calculés à partir de cette date. La Police est en vigueur pour la durée visée par la prime payée. Au terme de cette période, on peut la renouveler, moyennant le paiement de la prime prévue dans la Proposition-cadre. Toutefois, l'Assureur a le droit d'en refuser le renouvellement à l'Anniversaire de la Police stipulé à l'article 9 de la Proposition-cadre s'il en informe le Contractant au moyen d'un préavis écrit d'au moins trente (30) jours précédant cette date.

Définitions

Dans la Police, en vue d'alléger le texte, le masculin comprend le féminin.

« Accident » signifie un événement ou un incident soudain et imprévu mettant en cause l'Assuré et entraînant directement une Blessure à ce dernier.

« Assuré » signifie un Employé assuré dont la couverture individuelle aux termes de la Police est en vigueur.

« Blessure » signifie une lésion corporelle qui résulte d'un Accident se produisant pendant que la Police est en vigueur en ce qui a trait à l'Assuré, sur lequel la demande de règlement est fondée et qui entraîne directement et indépendamment de toute autre cause, un sinistre couvert par la Police, 24 heures sur 24, n'importe où dans le monde entier; sont exclues toutes les Maladies ou Affections quelle que soit leur cause, sauf si elles sont la conséquence d'un Accident.

« Capital assuré » signifie le montant stipulé à l'article 3 de la Proposition-cadre applicable à l'Assuré et indiqué sur la plus récente carte d'adhésion signée par l'Employé assuré dans les archives du Contractant, s'il y a lieu.

« Conjoint » signifie une personne de moins de soixante-dix (70) ans :

- a) à laquelle l'Employé assuré est légalement marié ou avec qui il vit en union civile; ou
- b) qui cohabite dans une situation assimilable à une relation conjugale avec l'Employé assuré de façon permanente depuis au moins un (1) an avant la date de l'événement pour lequel il est assuré.

Toutefois, si une personne est la mère ou le père biologique ou adoptif d'au moins un des enfants de l'Employé assuré et qu'elle cohabite avec l'Employé assuré, la personne est réputée être un Conjoint à compter de la date de la naissance ou de l'adoption de cet enfant, si cette date tombe avant la fin de la période de un (1) an de cohabitation.

Une (1) seule personne est admissible à titre de Conjoint de l'Employé assuré. Si, tout en étant légalement marié ou en union civile, l'Employé assuré cohabite avec une personne décrite au point b) ci-dessus, il peut choisir par écrit quelle personne est assurée à titre de Conjoint en vertu de la Police. La déclaration doit être remise au Contractant avant la réalisation du risque assuré, sans quoi elle ne lie pas l'Assureur. Si aucune déclaration n'est remise, le Conjoint sera la personne à laquelle l'Employé assuré est légalement marié ou avec qui il vit en union civile.

« Déficience fonctionnelle » signifie une limitation irréversible et grave de la capacité physique ou mentale d'une personne ou de ses habilités qui empêche la personne de vivre de façon autonome.

« Enfant à charge » signifie un enfant biologique, un enfant adopté, un enfant du Conjoint ou tout enfant avec lequel l'Employé assuré a par ailleurs une relation parent-enfant. Il dépend de l'Employé assuré pour ses frais de subsistance et :

- 1) a moins de vingt et un (21) ans; ou
- 2) a moins de vingt-cinq (25) ans (vingt-six (26) ans au Québec) et fréquente à temps plein un Établissement d'enseignement post-secondaire; ou
- 3) quel que soit son âge à la date de la demande de règlement, a été frappé d'une Déficience fonctionnelle alors qu'il répondait à l'un des deux critères aux paragraphes 1) et 2) ci-haut. Une preuve de l'existence de cette Déficience fonctionnelle, y compris la déclaration par un Médecin de l'existence de cette déficience et du moment où elle s'est produite, doit être remise à l'Assureur au plus tard dans les trente et un (31) jours après que l'enfant ait atteint l'âge auquel il ne serait plus par ailleurs admissible à titre d'Enfant à charge aux termes de l'un des deux critères aux paragraphes 1) et 2) ci-haut. Par la suite, l'Assureur peut exiger la présentation périodique d'autres preuves attestant à sa satisfaction que cette Déficience fonctionnelle subsiste et que la définition d'Enfant à charge s'applique par

ailleurs à l'enfant, à défaut de quoi l'Assureur peut établir que l'enfant n'est plus admissible à titre d'Enfant à charge aux termes de la Police.

« Établissement d'enseignement post-secondaire » signifie une université, un collège, un cégep ou une école de formation professionnelle et technique exclusivement.

« Hôpital » signifie un établissement agréé à titre d'hôpital dans le territoire où il est situé. Pour satisfaire à cette définition, il doit s'agir d'un hôpital de soins actifs ouvert jour et nuit qui traite les malades et les blessés, qui compte en tout temps au moins un Médecin de service, qui offre, 24 heures sur 24, des soins infirmiers dispensés par du personnel infirmier autorisé et qui dispose des installations nécessaires au diagnostic et à la chirurgie. Une clinique, une maison de repos, un centre d'hébergement, un hôpital pour convalescents ou tout établissement de même nature n'est pas un Hôpital. Aux fins de la présente définition, un Hôpital inclut un établissement réservé en tout ou en partie aux soins de réadaptation.

« Hébergement » signifie l'hébergement dans un hôtel, un motel, une auberge, une chambre d'hôte ou un autre établissement du genre ainsi que la nourriture raisonnablement requise pendant l'hébergement; toutefois, aucune indemnité ne sera versée pour l'hébergement dans une résidence privée ou pour de la nourriture qui n'est pas consommée dans le cadre d'un repas par la personne qui demande un remboursement de dépenses.

« Maladie ou Affection » signifie l'altération de l'état de santé, attribuée à des causes internes ou externes, se traduisant par des symptômes et/ou des signes objectivement vérifiables et se manifestant par une détérioration des fonctions physiologiques ou mentales.

« Médecin » signifie une personne dûment autorisée à exercer la médecine et à prodiguer des traitements conformément au permis qui lui a été octroyé par un des organismes suivants :

- a) un organisme agréé chargé de la délivrance des permis d'exercice dans la région d'administration des soins et dont le Médecin est membre en règle; ou
- b) un organisme gouvernemental ayant compétence sur la délivrance des permis d'exercer dans la région d'administration des soins.

Le Médecin ne peut pas résider habituellement avec l'Assuré. Il ne peut pas être un Assuré, ni un Membre de la famille immédiate ou une relation d'affaires avec l'Assuré.

« Membre de la famille immédiate » signifie toute personne d'au moins dix-huit (18) ans, qu'il s'agisse du fils, de la fille, du père, de la mère, du frère, de la sœur, du beau-fils, de la belle-fille, du beau-père, de la belle-mère, du beau-frère, de la belle-sœur, de l'oncle, de la tante, du neveu, de la nièce, du

petit-fils, de la petite-fille, du grand-père, de la grand-mère (peu importe que le lien soit biologique ou qu'il découle d'une adoption ou d'un remariage) ou du conjoint de l'Assuré.

« Police » signifie la Police n° 1NA00-0884 ainsi que la Proposition-cadre qui y est jointe, tout avenant et tous documents joints.

« Soins et suivi normaux » signifie les observations et les soins nécessaires, selon les normes actuelles et reconnues de la médecine.

« Tarif » signifie le tarif régulier facturé pour :

- 1) un siège en classe économique sur un vol régulier d'un transporteur aérien régulier national ou international;
- 2) un siège en voiture coach dans un train de passagers;
- 3) un siège régulier dans un autobus-voyageurs;
- 4) la traversée en classe économique sur un bateau.

Chacun de ces transporteurs doit détenir un certificat en cours de validité émis par Transport Canada ou, s'il est assujéti à la réglementation d'un autre pays, par une autorité gouvernementale similaire ayant compétence dans ce pays.

« Transport » signifie le déplacement d'un endroit à l'autre au moyen d'un Véhicule automobile privé ou public, d'un autobus, d'un train, d'un bateau, d'un traversier, d'un avion ou d'un hélicoptère.

« Véhicule automobile » signifie une voiture de tourisme, une fourgonnette, un véhicule tout-terrain, un véhicule utilitaire sport (VUS), un camion, une ambulance ou tout type de véhicule automobile utilisé par les corps de police municipaux, provinciaux ou fédéraux.

Admissibilité à la couverture

Toutes les personnes répondant à la définition de Personnes admissibles aux termes de l'article 2 de la Proposition-cadre peuvent être couvertes par la présente assurance.

Prestation en cas de Perte accidentelle

Lorsque, dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date d'un Accident, un Assuré subit une des Pertes accidentelles énumérées ci-dessous par suite d'une Blessure résultant de cet Accident, l'Assureur versera des prestations comme suit :

Perte

La vie.....	Le Capital assuré
La vue complète des deux yeux.....	Le Capital assuré
La parole et l'ouïe des deux oreilles	Le Capital assuré
Une main et la vue complète d'un œil.....	Le Capital assuré
Un pied et la vue complète d'un œil	Le Capital assuré
La vue complète d'un œil.....	Les trois quarts du Capital assuré
La parole	Les trois quarts du Capital assuré
L'ouïe des deux oreilles.....	Les trois quarts du Capital assuré
L'ouïe d'une oreille.....	Les deux cinquièmes du Capital assuré
Tous les orteils d'un pied.....	Le tiers du Capital assuré

Perte ou Perte de l'usage

Les deux mains	Le Capital assuré
Les deux pieds	Le Capital assuré
Une main et un pied	Le Capital assuré
Un bras.....	Les quatre cinquièmes du Capital assuré
Une jambe	Les quatre cinquièmes du Capital assuré
Une main.....	Les trois quarts du Capital assuré
Un pied.....	Les trois quarts du Capital assuré
Le pouce et l'index ou au moins quatre doigts d'une main	Les deux cinquièmes du Capital assuré

Paralysie

Les quatre membres (Quadriplégie)	Le double du Capital assuré
Les deux membres inférieurs (Paraplégie).....	Le double du Capital assuré
Une moitié du corps (Hémiplégie)	Le double du Capital assuré

Toutefois, en ce qui concerne la Quadriplégie, la Paraplégie et l'Hémiplégie, si l'Assuré décède dans les quatre-vingt dix (90) jours suivant la date de l'Accident, les prestations payables par l'Assureur se limiteront au Capital assuré.

Les prestations prévues aux termes du présent article pour toutes les Pertes accidentelles subies par un Assuré par suite d'un (1) seul Accident ne dépasseront pas ce qui suit :

- a) Le Capital assuré, sauf dans les cas de Quadriplégie, de Paraplégie ou d'Hémiplégie; ou
- b) Le double du Capital assuré en cas de Quadriplégie, de Paraplégie et d'Hémiplégie, pourvu que l'Assuré survive plus de quatre-vingt-dix (90) jours après la date de l'Accident.

Aux termes du présent article, en aucun cas l'Assureur ne paiera plus du double du Capital assuré par suite du même Accident, sans égard à la combinaison des pertes subies.

« Perte accidentelle » signifie la Perte de la vie, une Perte, la Perte de l'usage, la Quadriplégie, la Paraplégie ou l'Hémiplégie, le tout au sens donné ci-dessous.

« Perte de la vie » signifie le décès de l'Assuré.

« Perte » signifie :

- a) dans le cas d'une main ou d'un pied, le sectionnement total et irrémédiable à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, mais en dessous de l'articulation du coude ou du genou;
- b) dans le cas d'un bras ou d'une jambe, le sectionnement total et irrémédiable à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus;
- c) dans le cas d'un pouce, le sectionnement total et irrémédiable d'une phalange;
- d) dans le cas d'un doigt, le sectionnement total et irrémédiable de deux phalanges;
- e) dans le cas d'un orteil, le sectionnement total et irrémédiable d'une phalange du gros orteil et de toutes les phalanges des autres orteils;
- f) dans le cas d'un œil, la perte totale et irrémédiable de la vue, cette perte étant déclarée irrémédiable par un Médecin;
- g) dans le cas de la parole, la perte totale et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles, cette perte étant déclarée irrémédiable par un Médecin;
- h) dans le cas de l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe, cette perte étant déclarée irrémédiable par un Médecin.

« Perte de l'usage » signifie l'incapacité totale d'utiliser une partie du corps, cette incapacité devant se poursuivre pendant douze (12) mois consécutifs au terme desquels elle est déclarée permanente par un Médecin.

« Paralyse » signifie la perte de la motricité d'une ou de plusieurs parties du corps.

« Quadriplégie » signifie la Paralyse permanente et la perte d'usage fonctionnelle des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs.

« Paraplégie » signifie la Paralyse permanente et la perte d'usage fonctionnelle des deux membres inférieurs.

« Hémiplegie » signifie la Paralyse permanente et la Perte d'usage fonctionnelle du membre supérieur et du membre inférieur d'un même côté du corps.

Indemnité de rapatriement

Si, par suite de la Perte de la vie de l'Assuré découlant d'une Blessure subie à plus de cinquante kilomètres (50 km) de sa résidence habituelle, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », l'Assureur remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés pour le transport, y compris la préparation en vue du transport, du corps de l'Assuré jusqu'à l'endroit de repos choisi (notamment un salon funéraire ou un lieu d'inhumation) à proximité de la résidence habituelle de l'Assuré décédé, jusqu'à concurrence d'une somme globale de vingt-cinq mille dollars (25 000 \$) à l'égard de la totalité des frais payés en vertu de la présente disposition par suite d'un (1) seul Accident.

Les prestations prévues par la présente disposition seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'Assureur au nom du Contractant.

Indemnité d'études

Si, par suite de la Perte de la vie d'un Employé assuré découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », l'Assureur paiera les frais de scolarité raisonnables et nécessaires de chacun des Enfants à charge qui, à la date du décès de l'Assuré ou dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent, sont inscrits ou s'inscrivent à plein temps dans un Établissement d'enseignement post-secondaire, jusqu'à concurrence du moins élevé des montants suivants :

- a) cinq pour cent (5 %) du Capital assuré de l'Assuré décédé; ou
- b) cinq mille dollars (5 000 \$),

par Enfant à charge pour chaque année (pendant un maximum de cinq (5) années consécutives) où l'Enfant à charge y est effectivement inscrit à plein temps.

La somme maximale payable en vertu de cette disposition ne peut dépasser un plafond annuel de cinq mille dollars (5 000 \$) par Enfant à charge.

Le versement des prestations s'effectue chaque année dès réception par l'Assureur d'une preuve qu'il juge satisfaisante de l'inscription à plein temps de l'Enfant à charge dans un Établissement d'enseignement post-secondaire. Aucun montant ne sera versé à l'égard de frais engagés avant la Perte de la vie de l'Assuré ni pour les frais de pension, les livres et les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Les prestations prévues par la présente disposition seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'Assureur au nom du Contractant.

Indemnité de garde d'enfants

Si, par suite de la Perte de la vie d'un Employé assuré découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », l'Assureur s'engage à rembourser les frais de garde raisonnables et nécessaires effectivement engagés relativement aux services de garderie pour les Enfants à charge ayant moins de treize (13) ans à la date du décès de l'Assuré et qui, à la date du décès de l'Assuré ou dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent, sont inscrits ou s'inscrivent dans une Garderie, jusqu'à concurrence du moins élevé des montants suivants :

- a) cinq pour cent (5 %) du Capital assuré de l'Assuré décédé; ou
- b) cinq mille dollars (5 000 \$),

par Enfant à charge pour chaque année (pendant un maximum de cinq (5) années consécutives) où l'Enfant à charge y est effectivement inscrit.

La somme maximale payable en vertu de cette disposition ne peut dépasser un plafond annuel de cinq mille dollars (5 000 \$) par Enfant à charge.

Le versement des prestations s'effectue chaque année dès réception par l'Assureur d'une preuve qu'il juge satisfaisante de l'inscription dans une Garderie, mais aucun montant ne sera versé à l'égard de frais engagés avant la Perte de la vie de l'Assuré ni pour les frais de pension et les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Les prestations prévues par cette disposition seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'Assureur au nom du Contractant.

« Garderie » signifie un établissement qui, tout en étant exploité en vertu de la législation en vigueur, notamment sur les garderies, offre, sur une base régulière, des soins et de la supervision à un groupe d'enfants. Sont exclus de la présente définition tout hôpital, le domicile de l'enfant ou l'école si les seuls services fournis à l'école le sont pendant les heures normales de classe de l'Enfant à charge (jusqu'à la fin du secondaire).

Si aucun Enfant en charge ne remplit ces conditions ou celles de la disposition « Indemnité d'études », l'Assureur versera au bénéficiaire de l'Employé assuré une somme correspondant au moins élevé des montants suivants :

- a) cinq pour cent (5 %) du Capital assuré de l'Assuré décédé; ou
 - b) deux mille cinq cents dollars (2 500 \$),
- en vertu d'une (1) seule police de l'Assureur.

Indemnité de réadaptation professionnelle

Si, par suite d'une Perte accidentelle subie par un Employé assuré découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » et que l'Employé assuré doive en raison de cette Blessure s'inscrire à un programme de réadaptation professionnelle qui lui permet d'acquérir les compétences propres à l'occupation d'un emploi qu'il n'aurait pas occupé sans cette Blessure, l'Assureur s'engage à rembourser les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés pour ce programme par l'Employé assuré au cours des trois (3) années suivant la perte. L'indemnité ne couvre ni les frais de pension ni les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Le montant global versé par l'Assureur pour l'ensemble des frais engagés par l'Employé assuré en vertu de la présente disposition se limite à quinze mille dollars (15 000 \$) par suite d'un (1) seul Accident.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'Assureur au nom du Contractant.

Indemnité de modification du lieu de travail et d'adaptation

Si, par suite d'une Perte accidentelle subie par un Employé assuré découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » et que cet Assuré, pour pouvoir raisonnablement reprendre le travail actif auprès du Contractant, doit voir son lieu de travail faire l'objet de modifications et/ou être muni d'un équipement adapté, l'Assureur remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par le Contractant, sous réserve de ce qui suit :

- 1) Le Contractant convient par écrit de mettre à la disposition de l'Assuré l'équipement adapté et/ou de modifier le lieu de travail pour le rendre accessible et répondre ainsi à ses nouveaux besoins; et
- 2) Le Contractant reconnaît par écrit que l'exercice des tâches essentielles de l'emploi de l'Assuré sera compromis si les modifications ou l'adaptation ne sont pas effectuées; et
- 3) L'acquisition du matériel adapté et/ou la modification du lieu de travail doivent recevoir l'approbation préalable écrite de l'Assureur.

L'Assureur a le droit de faire examiner l'Employé assuré par un professionnel de son choix et d'évaluer ainsi la pertinence des modifications ou de l'équipement proposés.

Les prestations prévues par la présente disposition seront versées au Contractant dès le retour au travail actif de l'Assuré auprès du Contractant et dès que l'Assureur reçoit par écrit l'attestation des frais engagés. Si aucuns frais ne sont engagés pour offrir l'équipement adapté ou modifier le lieu de travail, aucune indemnité n'est versée.

Le montant global versé par l'Assureur pour l'ensemble des frais engagés par le Contractant en vertu de la présente disposition se limite à cinq mille dollars (5 000 \$) pour un (1) seul Accident.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature versée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'Assureur au nom du Contractant.

Indemnité de formation professionnelle

Si, par suite de la Perte de la vie d'un Employé assuré découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », l'Assureur remboursera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par le Conjoint, dans les trois (3) années qui suivent cette perte, pour participer à un programme officiel de formation professionnelle qui lui permet d'acquérir les compétences propres à l'occupation d'un emploi qu'il n'aurait pas été apte à exercer autrement. L'indemnité ne couvre ni les frais de pension ni les autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Le montant global versé par l'Assureur pour l'ensemble des frais engagés par le Conjoint en vertu de la présente disposition se limite à quinze mille dollars (15 000 \$).

Les prestations prévues par la présente disposition seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature versée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'Assureur au nom du Contractant.

Indemnité de déplacement pour raisons familiales

Si, par suite d'une Perte accidentelle découlant d'une Blessure, des prestations sont payables à l'Assuré en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » et que l'Assuré reçoit les soins normaux d'un Médecin, l'Assureur remboursera les frais raisonnables et nécessaires de Transport aller-retour effectivement engagés par un (1) seul Membre de la famille immédiate ou représentant de la famille pour se rendre de sa résidence habituelle au chevet de l'Assuré par le trajet le plus court et l'Hébergement à proximité, si l'Assuré ne voyageait pas accompagné d'un Membre de sa famille immédiate. L'indemnité ne couvre pas les frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Aucune prestation ne sera versée en vertu de la présente disposition si l'Assuré séjourne dans un Hôpital situé à cinquante kilomètres (50 km) ou moins de sa résidence habituelle.

Le remboursement des frais de Transport se limite à un seul voyage aller-retour au chevet de l'Assuré pendant son séjour à l'Hôpital. Plusieurs moyens de Transport peuvent être utilisés au besoin, mais le remboursement se limite au ou aux Tarifs raisonnables exigés pour un seul aller-retour. Si on se déplace dans un Véhicule automobile autre qu'un véhicule exploité sous permis pour véhiculer des passagers, le remboursement des frais de Transport se limite alors à trente-cinq cents (0,35 \$) le kilomètre.

La somme maximale payable en vertu de la présente disposition ne peut dépasser un plafond de quinze mille dollars (15 000 \$) par suite d'un (1) seul Accident.

Les prestations prévues par la présente disposition seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'Assureur au nom du Contractant.

Indemnité d'identification de la dépouille

Si, par suite de la Perte de la vie de l'Assuré découlant d'une Blessure, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » et que les forces policières ou un autre organisme gouvernemental de même nature exigent l'identification de la dépouille, l'Assureur remboursera les frais raisonnables et nécessaires de Transport aller-retour effectivement engagés par un (1) seul Membre de la famille immédiate ou représentant de la famille pour se rendre de sa résidence habituelle à l'endroit où se trouve la dépouille par le trajet le plus court et l'Hébergement à proximité, si, au moment du décès, l'Assuré ne voyageait pas accompagné d'un Membre de sa famille immédiate. Aucun montant ne sera versé à l'égard des autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Aucune prestation ne sera versée en vertu de la présente disposition si la dépouille de l'Assuré se trouve à cinquante kilomètres (50 km) ou moins de sa résidence habituelle.

Le remboursement des frais de Transport se limite à un seul voyage aller-retour pour identifier la dépouille de l'Assuré. Plusieurs moyens de Transport peuvent être utilisés au besoin, mais le remboursement se limite au ou aux Tarifs raisonnables exigés pour un seul aller-retour. Si on se déplace dans un Véhicule automobile autre qu'un véhicule exploité sous permis pour véhiculer des passagers, le remboursement des frais de Transport se limite alors à trente-cinq cents (0,35 \$) le kilomètre.

La somme maximale payable en vertu de la présente disposition ne peut dépasser un plafond de vingt-cinq mille dollars (25 000 \$) par suite d'un (1) seul Accident.

Les prestations prévues par la présente disposition seront payables à la personne ayant effectivement engagé les frais.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'Assureur au nom du Contractant.

Indemnité de port de la Ceinture de sécurité

Si, par suite d'une Perte accidentelle subie par l'Assuré et découlant d'une Blessure alors qu'il se trouve à bord d'un Véhicule automobile, à titre de conducteur ou de passager et que sa Ceinture de sécurité est bien attachée au moment de l'Accident, des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », l'Assureur versera une somme supplémentaire correspondant à dix pour cent (10 %) du montant payable en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », sous réserve toutefois d'un maximum de cinquante mille dollars (50 000 \$).

Au moment de l'Accident, le conducteur du Véhicule automobile doit avoir un permis en règle lui permettant de conduire le type de véhicule en cause, et ne pas être Sous l'influence de l'alcool ou de drogues.

Une preuve du port de la Ceinture de sécurité que l'Assureur juge satisfaisante doit être présentée avec la preuve écrite de la perte.

« Sous l'influence de l'alcool ou de drogues » signifie que le taux d'alcool dans le sang du conducteur est tel, et/ou que ses facultés sont affaiblies en raison de la consommation d'alcool, de stupéfiants ou d'autres drogues de telle façon, que celui-ci serait passible d'une poursuite en vertu des lois provinciales, fédérales ou étatiques même s'il n'a pas fait l'objet d'une telle poursuite.

« Ceinture de sécurité » signifie toute ceinture constituant un dispositif de retenue dans un Véhicule automobile.

Aux fins de cette définition, le terme Ceinture de sécurité englobe un dispositif de retenue pour enfant utilisé dans un Véhicule automobile ainsi que tout dispositif d'attache qui fait partie d'une civière et dont on se sert pour véhiculer des malades et des blessés en ambulance.

Indemnité d'aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule

Si, par suite d'une des Pertes accidentelles suivantes subies par l'Assuré et découlant d'une Blessure :

- 1) Perte des deux pieds ou des deux jambes; ou
- 2) Perte de l'usage des deux pieds ou des deux jambes; ou
- 3) Quadriplégie, Paraplégie ou Hémip légie,

des prestations sont payables en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » et que l'Assuré ne peut se déplacer qu'en fauteuil roulant en raison de cette perte, l'Assureur s'engage à rembourser les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par l'Assuré dans les trois (3) années qui suivent la Perte pour les travaux d'aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule comme il est prévu dans la présente disposition.

Pour donner droit aux prestations en vertu de la présente disposition, l'aménagement doit permettre à l'Assuré d'avoir accès à sa résidence ou à son véhicule en fauteuil roulant et doit être approuvé, si la loi l'exige, par les autorités chargées de la délivrance des permis.

La somme maximale payable en vertu de la présente disposition par l'Assureur se limite à quinze mille dollars (15 000 \$) pour un (1) seul Accident.

Le montant payable en vertu de la présente disposition est coordonné à toute autre indemnité de même nature payée ou payable en vertu de toute autre police établie par l'Assureur au nom du Contractant.

Assurance aviation

L'assurance offerte par la Police couvre toute perte découlant d'une Blessure subie par l'Assuré dans les circonstances décrites ci-après et en raison de celles-ci :

- a) Tout voyage à titre de passager, et non en qualité de membre de l'équipage, notamment le pilote, à bord d'un aéronef dont le certificat de navigabilité est en règle et qui est piloté par une personne possédant un brevet de pilote en règle correspondant au type d'aéronef.
- b) Tout voyage à titre de passager, et non en qualité de membre de l'équipage, notamment le pilote, à bord d'un aéronef exploité par les Forces armées canadiennes ou par les forces armées d'une autorité gouvernementale dûment constituée de tout autre pays reconnu.
- c) L'embarquement dans un aéronef, la descente d'un aéronef ou le heurt par un aéronef.

La Police ne couvre pas les Blessures subies à l'occasion d'un voyage à bord d'un aéronef appartenant au Contractant ou encore exploité, loué ou nolisé par lui ou en son nom.

Couverture pour exposition aux éléments et disparition

Si l'Assuré est inévitablement exposé aux éléments et que, en conséquence directe, il subit une Perte accidentelle qui aurait donné droit à des prestations en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle » si cela avait été causé par un Accident, l'Assureur paiera le montant prévu dans cette disposition pour cette perte.

Si l'Assuré n'est pas retrouvé dans l'année qui suit la disparition, le naufrage ou la destruction du véhicule à bord duquel il se trouvait à ce moment-là et dans des circonstances qui seraient normalement couvertes en vertu de la disposition « Prestations en cas de Perte accidentelle », on présumera la Perte de la vie de l'Assuré par suite d'une Blessure au moment de la disparition, du naufrage ou de la destruction.

Indemnités de Maladies graves

Si l'Employé assuré (appelé dans la présente disposition « Assuré ») reçoit un Diagnostic de Maladie grave alors que sa couverture individuelle en vertu de la Police est en vigueur depuis au moins quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs, l'Assureur versera des prestations correspondant à cinq mille dollars (5 000 \$) à la condition que l'Assuré soit toujours vivant à la fin de la Période de survie et sous réserve des exclusions énumérées dans la présente disposition.

Les prestations ci-dessus sont payables à l'Assuré ayant reçu le Diagnostic de Maladie grave.

Si un Assuré présente une demande de règlement pour une Maladie grave se manifestant ou pour laquelle un diagnostic est posé à l'extérieur du Canada, l'Assuré pourra avoir droit à cette indemnité au moment de son retour au Canada. Avant de déterminer l'admissibilité, l'Assureur dispose néanmoins du droit de demander à l'Assuré de passer un nouvel examen médical venant confirmer le Diagnostic de Maladie grave à son retour au Canada.

Dans la présente disposition,

« Maladie grave » signifie l'une des maladies, conditions ou interventions chirurgicales suivantes :

- a) Accident vasculaire cérébral;
- b) Cancer (avec risque de décès à court terme);
- c) Chirurgie coronarienne;
- d) Crise cardiaque (infarctus du myocarde).

Toute Maladie grave ou tout trouble qui n'est pas expressément défini dans la définition de Maladie grave n'est pas couvert et, de ce fait, aucune prestation n'est payable à son égard.

« Accident vasculaire cérébral » signifie un Diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose, ou hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de trente (30) jours suivant la date du Diagnostic.

Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. Le Diagnostic d'Accident vasculaire cérébral doit être posé par un Spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable pour un Accident vasculaire cérébral dans les cas suivants :

- attaques ischémiques cérébrales transitoires; ou
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme; ou
- infarctus lacunaire, lequel ne répond pas à la définition d'Accident vasculaire cérébral décrite précédemment.

« Cancer » (avec risque de décès à court terme) signifie un Diagnostic définitif d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Le Diagnostic de Cancer doit être posé par un Spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable dans le cas des cancers suivants qui n'ont pas de risque de décès à court terme :

- carcinome in situ; ou
- mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V); ou
- tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases; ou
- cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

Période moratoire d'exclusion

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition si :

Dans les 90 premiers jours suivant la plus éloignée des dates suivantes :

- la date de prise d'effet de l'assurance de l'Assuré; ou
- la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance de l'Assuré,

l'Assuré :

- a présenté des signes, symptômes ou subi des investigations menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans cette Police), sans égard à la date du diagnostic; ou
- a fait l'objet d'un diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu de cette Police).

Cette information doit être rapportée à l'Assureur dans les six (6) mois suivant la date du Diagnostic. Sinon, l'Assureur a le droit de refuser toute demande de règlement pour un Cancer ou pour toute Maladie grave causée par un cancer ou par son traitement.

« Chirurgie coronarienne » signifie la chirurgie du cœur visant à remédier par pontage aortocoronarien au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire. Les interventions non chirurgicales, ou par biais de cathéters telles que l'angioplastie percutanée et l'utilisation du laser aux fins de désobstruction ne sont pas couvertes. Un Spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de la Chirurgie coronarienne.

« Crise cardiaque » (infarctus du myocarde) signifie le Diagnostic définitif de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par :

L'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le Diagnostic d'un infarctus, et présentant au moins un (1) des éléments suivants :

- des symptômes de crise cardiaque;
- des nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde; ou
- l'apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, mais non limité à, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

Le Diagnostic de Crise cardiaque doit être posé par un Spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable pour une Crise cardiaque dans les cas suivants :

- élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, mais non limité à, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne et en l'absence d'une onde Q; ou
- découverte fortuite de changements à l'ECG suggérant un ancien infarctus du myocarde, lequel ne répond pas à la définition de Crise cardiaque (infarctus du myocarde) décrite précédemment.

« Diagnostic » signifie la détermination d'un Spécialiste, au moyen de tests ou d'autres procédés de diagnostic, selon laquelle l'Assuré a une maladie particulière couverte par la Police. Le Diagnostic de toute maladie couverte doit être posé au Canada par un Spécialiste autorisé à pratiquer au Canada. En outre, son domaine de pratique doit inclure le domaine de médecine directement relié à la maladie en question.

« Irréversible » signifie l'état de l'Assuré lorsque le pronostic ne peut pas être amélioré par des soins médicaux ou une intervention chirurgicale au moment du Diagnostic.

Toutefois, si le pronostic pouvait être amélioré par des soins médicaux ou une intervention chirurgicale mais imposerait, de l'avis du Médecin de l'Assuré, un risque pour la santé de l'Assuré qui serait supérieur aux avantages attendus à l'égard de ces soins ou de cette intervention, l'état est alors également considéré comme Irréversible aux fins de la présente définition.

« Période de survie » signifie les trente (30) jours suivant la date du Diagnostic. La Période de survie ne comprend pas les jours passés en Maintien artificiel des fonctions vitales, comme il est défini dans la présente disposition.

Le « Maintien artificiel des fonctions vitales » signifie que l'Assuré est sous les Soins et suivi normaux d'un Médecin et est maintenu en vie grâce à un soutien

nutritionnel, respiratoire et/ou cardiovasculaire et ce, même si un arrêt Irréversible de toutes les fonctions cérébrales s'est produit.

« Spécialiste » signifie un Médecin qui détient un permis d'exercice et détient une formation médicale spécialisée en lien avec la Maladie grave pour laquelle la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. En l'absence ou la non-disponibilité d'un Spécialiste, et sous réserve de l'approbation de l'Assureur, une Maladie grave peut être diagnostiquée par un Médecin qualifié pratiquant au Canada. Le terme Spécialiste inclut, entre autres, tout : cardiologue, neurologue, néphrologue, oncologue, ophtalmologiste, spécialiste des grands brûlés et interniste. Le Spécialiste ne peut pas être l'Assuré, un membre de la famille ou un partenaire d'affaires de l'Assuré.

Les exclusions suivantes ne s'appliquent qu'à l'indemnité de Maladies graves :

Aucune prestation ne sera versée si une Maladie grave est le résultat direct ou indirect de l'une ou plusieurs des causes ou situations suivantes :

- 1) Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de prise d'effet de la couverture individuelle de l'Assuré :
 - a) un diagnostic de cancer est posé; ou
 - b) l'Assuré présente des signes ou des symptômes ou subit des investigations menant à un diagnostic de cancer, sans égard au moment où le diagnostic est posé.
- 2) L'Assuré ne survit pas à la Période de survie.
- 3) L'Assuré subit un arrêt Irréversible de toutes ses fonctions cérébrales avant la fin de la Période de survie.
- 4) L'Assuré se blesse volontairement ou s'expose volontairement à une Maladie ou Affection, que l'Assuré soit sain d'esprit ou non au moment de cet acte.
- 5) L'Assuré a utilisé des drogues illicites, ou toute drogue d'une façon contraire à celle prescrite, recommandée ou administrée par un Médecin ou contrairement à ses instructions, que ces drogues soient ou non disponibles uniquement sous ordonnance.
- 6) L'Assuré a un cancer qui se manifeste avant la date de prise d'effet de la couverture individuelle de l'Assuré, si ce même cancer récidive ou se métastase après cette date de prise d'effet.

L'Assureur ne versera qu'une (1) indemnité en vertu de la présente disposition à l'égard de tout Assuré.

La couverture prévue aux termes de l'Indemnité de Maladies graves prendra fin immédiatement à la plus rapprochée des dates suivantes :

- 1) à la date de la résiliation de la Police;
- 2) à la date d'échéance de la prime si le Contractant n'acquitte pas la prime exigible, sauf en cas d'erreur commise par inadvertance;
- 3) à la date d'échéance de la prime coïncidant avec la date ou suivant la date à laquelle l'Employé assuré atteint l'âge de soixante-dix (70) ans;
- 4) à la date d'échéance de la prime coïncidant avec la date ou suivant la date où l'Employé assuré cesse d'être au service actif du Contractant en raison d'une absence autorisée, d'une mise à pied, d'un congé de maternité/parental, d'une invalidité, d'une démission, d'un congédiement ou de la retraite, sauf comme il est prévu aux dispositions ci-dessous :
 - Exonération de primes
 - Maintien en vigueur de la couverture lors d'une absence autorisée
- 5) à la date du décès de l'Employé assuré.

Montant global d'indemnisation

Le montant global d'indemnisation de l'Assureur pour toutes les prestations payables en raison d'un (1) seul Accident est stipulé à l'article 4 de la Proposition-cadre. Si ce montant ne suffit pas à couvrir le plein montant de l'indemnité auquel a droit chaque Assuré, la somme alors payable à chaque Assuré correspondra au rapport entre le montant global d'indemnisation pour un (1) seul Accident et la somme globale des prestations qui auraient été payables, compte non tenu du montant global d'indemnisation.

La présente disposition ne s'applique qu'aux prestations payables en vertu des dispositions suivantes :

- Prestations en cas de Perte accidentelle.

Paiement des prestations et bénéficiaires

Les prestations pour la Perte de la vie d'un Employé assuré sont payables au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par écrit sur la proposition d'assurance collective du régime de base, conservée dans les archives du Contractant ou de l'assureur du régime de base, selon le cas; en l'absence de désignation, elles sont versées aux ayants droit de l'Employé assuré. Toutes les autres prestations sont versées à l'Employé assuré, à l'exception des prestations payables en vertu des dispositions suivantes, qui sont versées à la personne qui a effectivement encouru les frais donnant lieu aux prestations :

- Indemnité de rapatriement
- Indemnité de prestations d'études
- Indemnité de garde des enfants
- Indemnité de modification du lieu de travail et d'adaptation
- Indemnité de formation professionnelle
- Indemnité de déplacement pour raisons familiales
- Indemnité d'identification de la dépouille
- Indemnité d'aménagement de la résidence et/ou d'un véhicule

Entrée en vigueur des couvertures individuelles

La couverture de toute personne admissible comme il est décrit dans l'article 2 de la Proposition-cadre entre en vigueur à la date stipulée à l'article 8 de la Proposition-cadre.

Résiliation de la couverture individuelle

La couverture de l'Assuré prévue aux termes de la Police prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- 1) à la date de la résiliation de la Police;
- 2) à la date d'échéance de la prime si le Contractant n'acquiesce pas la prime exigible, sauf en cas d'erreur commise par inadvertance;
- 3) à la date d'échéance de la prime coïncidant avec la date ou suivant la date à laquelle l'Employé assuré atteint l'âge de soixante-dix (70) ans;
- 4) à la date d'échéance de la prime coïncidant avec la date ou suivant la date où l'Employé assuré cesse d'être au service actif du Contractant en raison d'une absence autorisée, d'une mise à pied, d'un congé de maternité/parental, d'une invalidité, d'une démission, d'un congédiement ou de la retraite, sauf comme il est prévu aux dispositions ci-dessous :
 - Exonération de primes
 - Maintien de la couverture lors d'une absence autorisée

Exonération de primes

Lorsque, en vertu de la disposition d'exonération de primes du régime de base d'assurance-vie collective du Contractant, l'assurance-vie de l'Employé assuré est étendue par suite d'une invalidité totale découlant d'une Maladie ou Affection, d'une Maladie ou Affection liée à la grossesse, d'une Blessure ou d'un Accident, la couverture prévue par la Police est également étendue et l'exonération de primes entre en jeu.

L'exonération de primes cesse à la plus rapprochée des dates suivantes :

- a) la date de la résiliation de la Police; ou
- b) la date à laquelle l'Employé assuré atteint l'âge de soixante-dix (70) ans; ou
- c) la date de la cessation de l'invalidité totale de l'Employé assuré; ou
- d) la date à laquelle l'Employé assuré omet de fournir une preuve jugée satisfaisante par l'Assureur de la persistance de l'invalidité totale dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la demande de cette preuve ou refuse de se soumettre à un examen médical demandé par l'Assureur.

La couverture étendue en vertu de la présente disposition est sous réserve des conditions de la Police qui s'appliquent avant le début de l'invalidité totale, y compris toute disposition prévoyant la réduction du montant d'assurance ou d'une indemnité.

Nonobstant toute stipulation contraire de la Police, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant le maintien en vigueur de la couverture en vertu de la présente disposition ne peut en aucun cas dépasser le montant qui aurait été payable, s'il y a lieu, à l'Assuré avant le début de l'invalidité totale de l'Employé assuré.

L'Assureur a le droit de demander, raisonnablement, une attestation de l'invalidité totale ou de sa persistance. Ne pas lui remettre d'attestation peut entraîner la fin de l'exonération de primes.

Extension de couverture lors d'une absence autorisée

Si, en vertu du régime de base d'assurance-vie collective du contractant, l'assurance-vie est maintenue en vigueur lors d'une absence autorisée, d'une mise à pied, d'un congé de maternité ou d'une invalidité, la présente police est également maintenue en vigueur, sous réserve que la prime soit acquittée.

La présente disposition est sous réserve des conditions contractuelles qui s'appliquent au début de l'absence, y compris toute disposition prévoyant la réduction du montant d'assurance.

Nonobstant toute stipulation contraire de la police, la prestation payable en raison d'une perte subie pendant le maintien en vigueur de l'assurance ne peut en aucun cas dépasser le montant qui aurait été payable à l'assuré au début de l'absence.

Transformation en un contrat d'assurance individuelle

Si la couverture de l'Employé assuré prend fin en raison d'un des motifs suivants :

- a) l'Employé assuré cesse d'être un employé actif du Contractant en raison d'une démission, d'un congédiement, de sa retraite ou de son non-retour au travail à la fin d'une invalidité totale; ou

- b) l'Employé assuré n'est plus une personne admissible aux termes de la Police, comme il est décrit à l'article 2 de la Proposition-cadre de la Police; ou
- c) la période d'extension de couverture comme elle est prévue à la disposition « Extension de couverture » prend fin,

l'Employé assuré qui n'a pas encore atteint l'âge de soixante-dix (70) ans peut remettre une demande écrite à l'Assureur dans les trente et un (31) jours de la résiliation afin d'obtenir une police individuelle d'assurance contre les accidents. À la réception de cette demande, l'Assureur émet, sans preuve d'assurabilité, une police individuelle d'assurance contre les accidents à la personne qui a fait la demande.

Cependant, la transformation ne sera pas possible si la Police est résiliée au moment de la demande.

Les prestations prévues seront énoncées dans un Avenant relatif aux prestations en cas de Perte accidentelle disponible auprès de l'Assureur au moment de la transformation, et le montant à transformer ne peut dépasser le plus petit des montants suivants :

- a) le montant de l'assurance en vigueur à la date de résiliation; ou
- b) un plafond de deux cent cinquante mille dollars (250 000 \$) pour toutes les transformations demandées par l'Employé assuré.

La prime de la police individuelle d'assurance contre les accidents établie conformément à ce qui précède est calculée selon le tarif établi par l'Assureur, d'après l'âge atteint de l'Employé assuré à la date de transformation. La police individuelle d'assurance contre les accidents est renouvelable annuellement et la prime annuelle est payable par anticipation.

Exclusions

Aucune prestation ne sera versée en cas de perte, mortelle ou non, causée principalement ou accessoirement par ce qui suit :

- a) les blessures volontaires, le suicide ou la tentative de suicide, que l'Assuré ait été sain d'esprit ou non;
- b) la guerre, déclarée ou non, et que l'Assuré y ait participé réellement ou non;
- c) un mouvement populaire, une émeute, une insurrection, un conflit armé auquel l'Assuré a participé;
- d) le service de l'Assuré, à titre de combattant ou de non-combattant, dans les forces armées d'un pays;

- e) le voyage de l'Assuré à titre de passager ou autre à bord d'un véhicule ou d'un appareil de navigation aérienne, sauf ce qui est prévu à la disposition « Assurance aviation »;
- f) les soins médicaux ou les interventions chirurgicales à l'égard de l'Assuré, sauf s'ils sont consécutifs à un Accident.

Dispositions relatives aux sinistres

Déclaration de sinistre. La déclaration écrite de la Blessure faisant l'objet d'une demande de règlement doit être remise à l'Assureur au plus tard trente (30) jours après l'Accident à l'origine de la Blessure. Une telle déclaration doit être remise par écrit par l'Assuré, le bénéficiaire ou la personne qui a droit à la prestation en vertu de la Police, selon le cas, ou en leur nom, au 2020, rue University, bureau 1800, Montréal (Québec), H3A 2A5, à un de ses bureaux régionaux ou à un de ses mandataires autorisés et accompagnée des renseignements permettant d'identifier l'Assuré dont la perte constitue le fondement de cette déclaration. La non-présentation de la déclaration dans le délai imparti dans la Police n'invalide pas la demande de règlement s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de le faire et que la déclaration a été présentée dès que possible, mais dans tous les cas pas plus de un (1) an après l'Accident.

Formulaires de demande de règlement. Dès réception de la déclaration de sinistre, l'Assureur accepte de remettre au demandeur les formulaires habituels de demande de règlement. Le demandeur qui, au bout de quinze (15) jours, n'a pas reçu ces formulaires est réputé s'être conformé aux exigences de la Police à l'égard de la preuve de sinistre s'il soumet, dans le délai imparti dans la Police, les preuves écrites du sinistre exposant les circonstances, la nature et l'étendue de la perte qui fait l'objet de la demande de règlement.

Preuve de sinistre. La preuve écrite du sinistre doit être remise à l'Assureur au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours après l'Accident à l'origine du sinistre. La non-présentation de la preuve, dans le délai imparti, n'invalide pas la demande de règlement s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de le faire et que la déclaration a été présentée dès que possible, mais dans tous les cas pas plus de un (1) an après l'Accident.

Examen physique et autopsie. Tant que la demande de règlement est en cours de validation, l'Assureur se réserve le droit de faire subir à l'Assuré un examen physique toutes les fois qu'il le juge opportun, sous réserve toutefois qu'il en acquitte les frais. Il peut aussi exiger une autopsie en cas de décès, lorsque la loi le permet.

Versement des prestations. Toutes les prestations payables en vertu de la Police sont réglées dès que l'Assureur reçoit une preuve de sinistre qu'il juge suffisante et qui se conforme aux exigences de la Police. À l'égard des Assurés du Contractant pour qui les primes sont payées en dollars canadiens, toutes les sommes payables aux termes de la Police le sont dans la monnaie légale du Canada. À l'égard des Assurés du Contractant pour qui les primes sont payées

en dollars américains, toutes les sommes payables aux termes de la Police le sont dans la monnaie légale des États-Unis.

Action contre l'Assureur. Pour qu'une action en demande de règlement au titre de la Police puisse être intentée par l'Assuré, il faut respecter les deux délais ci-après : un délai minimal de soixante (60) jours calculé à partir de la remise à l'Assureur d'une preuve de sinistre, remise qui se conforme aux exigences de la Police, et un délai maximal de un (1) an [trois (3) ans dans la province de Québec].

Conformité à la loi de la province ou du territoire. Si le délai stipulé dans la Police pour présenter une déclaration ou une preuve de sinistre ou pour intenter une action contre l'Assureur est inférieur à celui prévu par la loi de la province, du territoire ou de l'État de résidence du demandeur au moment de l'Accident, ce dernier prévaut.

Dispositions générales

Intégralité du contrat. La Police forme un contrat indivisible. Une déclaration du Contractant ou d'un Assuré ne peut entraîner la nullité de l'assurance ni la diminution des prestations, sauf si elle figure par écrit dans la proposition portant la signature du Contractant ou d'un Assuré. Aucun agent ne peut modifier la Police ni supprimer une de ses dispositions. Toute modification n'est valide que si elle est approuvée par un dirigeant de l'Assureur, à la condition que l'approbation figure dans un avenant à la Police ou une pièce annexe.

Toutes les réponses qui figurent dans la proposition en vertu de la Police sont réputées être des déclarations, non des conditions essentielles.

Certificat d'assurance. L'Assureur doit approuver la description des garanties aux termes de la Police qui est faite dans la notice à l'Assuré et, en cas de divergence, peut exiger la modification du libellé. En l'absence de l'approbation de l'Assureur ou à la suite d'un refus d'obtempérer à la demande de modification, le Contractant s'engage à exonérer l'Assureur de toute responsabilité découlant de la divergence et à le dédommager de toute réclamation. L'exonération porte également sur les pertes et les frais, notamment les frais juridiques, résultant d'une réclamation.

Résiliation du contrat. Le Contractant peut résilier la Police s'il envoie par la poste à l'Assureur un préavis par écrit l'informant de la date de résiliation. L'Assureur peut, lui aussi, résilier la Police s'il envoie par la poste au Contractant, à l'adresse qui y figure, un préavis par écrit d'au moins trente (30) jours précédant l'Anniversaire de la Police et l'informant de la date de résiliation. L'envoi par la poste est une preuve suffisante de la délivrance du préavis susmentionné. La date stipulée dans le préavis est la date d'expiration de la période d'assurance. La délivrance en personne (par le Contractant ou l'Assureur) a le même effet que son envoi par la poste.

Examen des archives. En ce qui a trait aux archives du Contractant se rapportant à la Police, l'Assureur est autorisé à les examiner à tout moment au cours de la Police et, au besoin, dans les deux (2) ans suivant l'expiration de celle-ci ou encore jusqu'au règlement définitif des sinistres non réglés, selon l'éventualité la plus éloignée.

VOTRE GARANTIE ASSURANCE VOYAGE

Contrat numéro

INT712

Date d'effet de la garantie

1^{er} novembre 2013

*** CES COUVERTURES NE S'APPLIQUENT PAS SI LA PROTECTION ACCIDENT-MALADIE EST EXEMPTÉE**

CONDITIONS D'ADMISSIBILITE

Période d'attente Des que le salarié a satisfait la période d'attente prévue au contrat sous la garantie accident-maladie

Personnes à charge Désigne le conjoint ou un enfant à charge (de 30 jours à 20 ans et/ou de 21 à 25 ans si étudiant à temps plein);

GARANTIE D'ASSURANCE SANTÉ HORS PROVINCE

Remboursement 100 %

Maximum de remboursement Jusqu'à un maximum de 5 000 000 \$

Nombre de jours couverts 180 jours par voyage

ASSURANCE ANNULATION ET INTERRUPTION DE VOYAGE

Remboursement 100 %

Maximum de remboursement avant départ Jusqu'à un maximum de 5 000 \$

Maximum de remboursement après départ Jusqu'à un maximum de 5 000 \$

ASSURANCE BAGAGES

Remboursement 100 %

Maximum de remboursement Jusqu'à un maximum de 1 000 \$

CETTE GARANTIE D'ASSURANCE VOYAGE EST SOUSCRITE PAR



POUR PLUS D'INFORMATION SUR LA GARANTIE ASSURANCE VOYAGE AVANT
VOTRE DÉPART, COMMUNIQUEZ AVEC INTERFAS INC. AU

418 266-7243 POSTE 1 OU 1 866 877-7243 POSTE 1 (SANS FRAIS).

POUR OBTENIR UNE COPIE DÉTAILLÉE DU DOCUMENT **DESCRIPTION DE LA**
GARANTIE, COMMUNIQUEZ AVEC VOTRE EMPLOYEUR.

N'OUBLIEZ PAS DE TOUJOURS AVOIR AVEC VOUS VOTRE CARTE INTERFAS
LORS DE VOS VOYAGES CAR LES NUMÉROS DE TÉLÉPHONE EN CAS D'URGENCE
DE CANASSISTANCE SONT INSCRITS À L'ENDOS CETTE CARTE.

Notre engagement envers nos adhérents

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

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

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

desjardinsassurancevie.com



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

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

This document was printed on Cascades Rolland Enviro100 paper.

