

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Page</u>
Introduction	1
Généralités	2
Avant de faire vos choix	6
Régime de soins médicaux	7
Détails relatifs au régime de soins de santé	8
Régime de soins dentaires	12
Détails relatifs au régime de soins dentaires	13
Régime de soins oculaires et détails	16
Assurance invalidité de longue durée (ILD)	17
Détails relatifs à l'assurance ILD	18
Assurance-vie pour l'employé	20
Détails relatifs à l'assurance-vie pour l'employé	21
Assurance-vie pour le conjoint	22
Détails relatifs à l'assurance-vie pour le conjoint	23
Assurance-vie pour les enfants	24
Détails relatifs à l'assurance-vie pour les enfants	25
Assurance mort accidentelle et mutilation (MA&M)	26
Détails relatifs à l'assurance MA&M	27
Assurance pour l'employé en cas de maladie grave	35
Détails relatifs à l'AMG pour l'employé	36
Assurance pour le conjoint en cas de maladie grave	39
Détails relatifs à l'AMG pour le conjoint	40
Allocation des dollars à la carte excédentaires	43
Soumission des réclamations	44

INTRODUCTION

DHL offre un régime exhaustif d'avantages sociaux, conçu pour vous procurer, à vous et à votre famille, une protection financière et une sécurité pour l'avenir. **Mon choix** vous permet d'adapter le régime à vos besoins personnels.

Ce livret a été rédigé afin de vous aider à mieux comprendre le processus.

Mon choix comporte quatre éléments de base :

1. **Une « allocation de dollars à la carte ».** Elle vous permet de souscrire au niveau de garantie qui convient le mieux à votre style de vie.
2. **Certaines options obligatoires de garantie.** Il s'agit de l'assurance de base à laquelle chaque employé devrait souscrire, selon DHL.
3. **Des régimes au choix parmi lesquels vous choisissez les options qui correspondent le mieux à votre style de vie.**
4. **Un outil d'inscription en ligne pour vous aider à faire vos choix.**

Inscription en ligne :	Que vous soyez un employé de longue date ou nouveau, le processus débute à la réception d'une lettre du service des ressources humaines. La lettre contient vos nom d'utilisateur et mot de passe. Avec le navigateur Internet Explorer de Microsoft (version 5.5 ou plus récente) , rendez-vous à l'adresse suivante : http://webs.whitecapcanada.com/DHL . Tapez vos nom d'utilisateur et mot de passe, puis suivez les instructions à l'écran.
Barre de menus :	Une fois que vous êtes sur le site d'inscription et que vous avez ouvert une session, la barre de menus suivante s'affichera : Home (accueil), About You (votre profil), Plan Details (régimes), Downloads (téléchargements), Help (aide) et Logoff (fin de session).
Home :	Cliquer sur le bouton « Home » vous ramène au tout début du processus d'inscription.
About You :	Ce bouton permet d'afficher l'historique de participation ainsi que vos renseignements personnels.
Plan Details :	Ce bouton présente un menu déroulant des détails sur les divers régimes offerts.
Downloads :	Tout formulaire qui pourrait être nécessaire au processus d'inscription est offert en format PDF (Adobe Acrobat) à partir de ce menu.
Help :	Chaque écran possède un bouton d'aide contextuelle dans le coin supérieur droit. Cliquez ce bouton pour obtenir des instructions afférentes à ce que vous devez faire à chaque page.
Logoff :	Ce bouton vous permet de quitter le site d'inscription.

Si vous avez des questions d'ordre général concernant les options au régime **Mon choix**, contactez le service des ressources humaines ou des avantages sociaux.

GÉNÉRALITÉS

Suivent les garanties offertes dans les régimes obligatoires et au choix.

AVANTAGE	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4
<u>Soins médicaux</u>				
Hôpital	Non garanti	100 % (ch. semi-privé)	100 % (ch. semi-privée)	100 % (ch. privée)
Prothèses auriculaires	Non garanti	Non garanti	100 %	100 %
Médicaments	Non garanti	70 % - génériques avec carte (72,6 % au Québec)	80 % - génériques avec carte	100 % - avec carte
Services professionnels	Non garanti	Honoraires prof. max. de 6 \$ (sauf au Québec)	Honoraires prof. max. de 6 \$ (sauf au Québec)	Honoraires prof. max. de 6 \$ (sauf au Québec)
Urgence médicale hors de province et hors du pays	Illimité	80 % - max 300 \$/an	100 % - max. 300 \$/an	100 % - max. 500 \$/an
Aide d'urgence en voyage	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité
Déductible	Nil	25 \$ E/50 \$ E+1, E+2 (nil pour les médicaments)	Nil	Nil
<u>Soins dentaires</u>				
Base	Non garanti	(Barème courant)	(Barème courant)	(Barème courant)
Préventifs		75 % } Maximum	100 % } Maximum	100 % } Maximum
Diagnostiques		75 % } annuel	100 % } annuel	100 % } annuel
Périodontiques		75 % } illimité	100 % } illimité	100 % } illimité
Endodontiques		75 % } par assuré	100 % } par assuré	100 % } par assuré
Restauration majeures		Non garanti	50 % max. 2000 \$ par an	50 %
Orthodontie (enfants à charge)		Non garanti	Non garanti	50 % max. à vie 2500 \$
<u>Soins oculaires</u>				
	Non garanti	150 \$ / 24 mois	200 \$ / 24 mois	300 \$ / 24 mois

La description se poursuit à la page 3.

GÉNÉRALITÉS

AVANTAGE	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4	OPTION 5	OPTION 6
Invalité de longue durée (ILD)	60 % du salaire mensuel, délai de carence de 105 jours, prestations sur 5 ans	60 % du salaire mensuel, délai de carence de 105 jours, prestations jusqu'à 65 ans	60 % du salaire mensuel, délai de carence de 105 jours, prestations jusqu'à 65 ans, indexées à l'IPC (maximum de 3 %)	66.7 % des premiers 2250 \$ de revenu mensuel assurable; 50 % du solde carence de 105 jours Prestations jusqu'à 65 ans		
Assurance-vie pour l'employé	2 x salaire annuel	3 x salaire annuel	4 x salaire annuel	5 x salaire annuel	7 x salaire annuel	
Assurance-vie pour le conjoint	Non garanti	10 000 \$	20 000 \$	50 000 \$	100 000 \$	150 000 \$
Assurance-vie pour les enfants	Non garanti	5000 \$	10 000 \$	\$20,000		
Mort accidentelle & mutilation (MA&M)	2 x salaire annuel	3 x salaire annuel	4 x salaire annuel	5 x salaire annuel	7 x salaire annuel	
Maladie grave pour l'employé	Non garanti	5000 \$	10 000 \$	25 000 \$	50 000 \$	
Maladie grave pour le conjoint	Non garanti	5000 \$	10 000 \$	25 000 \$	50 000 \$	

Des limites et d'autres restrictions peuvent s'appliquer (voyez les détails relatifs aux régimes, dans les pages suivantes).

GÉNÉRALITÉS

Définitions

Plusieurs termes reviennent régulièrement dans la documentation. Suit donc la définition des principaux termes que vous devriez connaître :

- v **Bénéficiaire**
 - La ou les personnes de votre choix, qui recevront les prestations suite à votre décès, subordonné aux limites prescrites par une police ou la loi. Si le bénéficiaire désigné est âgé de moins de 18 ans, un fiduciaire devra être nommé avant que les prestations puissent être versées.
- v **Allocation de dollars à la carte**
 - La somme que vous accorde la compagnie, pour vous aider à souscrire aux régimes que vous désirez.
- v **Co-assurance**
 - Le montant que vous rembourse le régime, une fois que vous avez payé le déductible exigé.
- v **Coordination des avantages**
 - Si un autre régime de soins de santé ou dentaires, comme celui de votre conjoint par exemple, vous offre une garantie, vos prestations seront accordées à celles de cet autre régime, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 100 %.
- v **Catégorie de garantie**
 - Le niveau de garantie en soins médicaux et dentaires qu'il vous faut, à savoir : Employé (E) s'il n'y a aucune personne à votre charge, Employé +1 s'il n'y a qu'une personne à votre charge (conjoint ou enfant) et Employé +2+ si vous avez plus d'une personne à votre charge (conjoint, enfants à charge ou les deux).
- v **Déductible**
 - Le montant que vous devez payer, à chaque année de police, avant que le régime vous rembourse.
- v **Personne à charge**
 - Chaque enfant (de plus de 14 jours, aux termes de l'assurance-vie pour enfant). L'enfant doit être célibataire, sans emploi régulier à temps plein et être âgé de moins de 21 ans. Un enfant de 21 à 24 ans inclusivement, pourra être considéré personne à charge, s'il étudie à temps plein dans une école, un collège ou une université accréditée. Tout enfant souffrant d'une déficience mentale ou physique, dépendant entièrement de l'employé pour son soutien et sa survie, restera assuré, sans limite d'âge.
 - Conjoint – à savoir l'époux ou l'épouse légale de l'assuré, ou une personne résidant avec l'assuré depuis au moins un an et qui a été désignée conjoint de l'assuré dans les dossiers de l'assureur, aux fins de l'assurance.
- v **Admissibilité**
 - Les employés permanents, à temps plein ou à temps partiel, sont admissibles aux régimes après une période d'emploi de 30 jours consécutifs.
- v **Retrait de garantie**
 - Si vous choisissez l'option « aucune garantie » pour les soins dentaires, oculaires ou les deux, vous serez alors limité à la garantie minimale advenant que vous optiez pour une garantie à une date ultérieure. Si vous avez opté pour l'option 2, 3 ou 4 de ces régimes de soins, vous ne pouvez vous retirer qu'après avoir d'abord opté pour la garantie minimale. Les Procédures standard, en page suivante, expliquent le processus.

GÉNÉRALITÉS

- v **Désistement de garantie** ■ Si vous êtes assuré sous le régime de conjoint, vous pouvez vous désister des soins médicaux, dentaires et/ou oculaires. Si vous perdez l'assurance, vous pouvez alors souscrire au régime « Mon choix » dans les 31 jours, et opter pour toute garantie.
- v **Prime** ■ Le coût annuel de la garantie, selon l'option choisie. Les primes peuvent être payées avec l'allocation de dollars à la carte, par retenue salariale, ou par une combinaison des deux.
- v **Raisonné et coutumier** ■ Les frais ne dépassant pas ceux généralement exigés par d'autres fournisseurs semblables, dans la région où les frais sont encourus, pour la dispensation d'un traitement, de services ou de fournitures semblables et comparables.
- v **Salaire** ■ Représente les revenus normaux de l'employé, définis par le service des ressources humaines ou des avantages sociaux.

Procédures standard (P.S. / Règlements)

- L'inscription aux avantages se fait une fois par année.
- Une preuve d'assurabilité sera exigée pour accroître la garantie d'assurance-vie au choix ou d'assurance ILD, lors des inscriptions subséquentes. Une preuve est exigée pour tout montant d'assurance-vie pour le conjoint, supérieur à 20 000 \$.
- Une réinscription avant la date anniversaire est permise lors d'un changement de vie (ex. : célibataire à employé +1 ou employé +2+ ou inversément) suite à un mariage, un divorce, un décès ou une naissance. Vous devez vous inscrire dans les 31 jours sinon une preuve médicale sera exigée pour les garanties de soins de santé, oculaires et/ou dentaires. Une preuve médicale est exigée pour toute hausse de garantie dans les autres régimes.
- Une réinscription avant la date anniversaire est possible si l'employé s'était désisté des garanties de soins médicaux et/ou dentaires parce qu'il était assuré par le régime du conjoint, et que le conjoint de l'employé perd son assurance. On peut aussi souscrire aux soins oculaires s'ils faisaient partie de la garantie de soins médicaux perdue par le conjoint. Vous devez vous inscrire dans les 31 jours suivant la perte d'assurance, sinon vous devrez fournir une preuve médicale pour les garanties de soins de santé, oculaires et/ou dentaires. Une preuve médicale est exigée pour toute hausse de garantie dans les autres régimes.
- Un changement de salaire ne demande pas une réinscription.
- Soins dentaires et oculaires : vous ne pouvez modifier la garantie que d'un niveau par an. Une fois inscrit à une option, vous ne pouvez vous retirer qu'en passant d'abord à l'option 2 puis en vous retirant du régime (ex. : si vous souscrivez à l'option 4, vous devez passer à l'option 3 pour un an, puis à l'option 2 pour un an, et enfin vous retirer l'année suivante).
Si vous décidez d'annuler votre participation aux soins dentaires ou oculaires, vous ne pourrez y souscrire de nouveau qu'au niveau de garantie minimal (option 2).
- Ce livret ne présente qu'une description générale de votre régime d'assurance-vie collective, sans créer ni conférer de droits contractuels. Advenant un conflit, la police d'assurance-vie collective, publiée par votre employeur, demeure le seul document irrévocable, conformément aux provisions prévues par la loi.

AVANT DE FAIRE VOS CHOIX

Il est essentiel que vous étudiez l'entité financière et l'impact à long terme de vos décisions. Ainsi, vous devriez tenir compte des dépenses annuelles types de votre famille en soins de la santé.

Vous pouvez choisir le mode de paiement de vos avantages afin d'en soutenir un avantage fiscal maximal. Les primes peuvent être payées par l'allocation de dollars à la carte, retenue salariale ou une combinaison des deux. Les directives qui suivent vous indiqueront le mode de paiement qui offre le plus grand avantage fiscal.

Inscription en ligne

Pour amorcer le processus, le service des ressources humaines vous fournira un nom d'utilisateur et un mot de passe, ainsi qu'une période d'inscription. La période d'inscription comprend une date de début et une date de fin. Vous pourrez apporter des changements ou faire des choix tout au long de cette période. En dehors de la période, vous ne pourrez que visualiser vos renseignements.

La première étape ...

Utilisez le navigateur Internet Explorer de Microsoft (version 5.5 ou plus récente) et tapez <http://webs.whitecapcanada.com/DHL>; tapez votre nom d'utilisateur suivi de votre mot de passe.

La deuxième étape ...

Suivez les directives à chaque écran, jusqu'à la fin de l'inscription. Vous pouvez vous arrêter en tout temps et recommencer en tout temps au cours de votre période d'inscription. Vos choix ne seront enregistrés qu'à la date d'entrée en vigueur de vos avantages.

La troisième étape ...

Imprimez et remplissez les formulaires de preuve d'assurabilité (téléchargés avec le logiciel Acrobat d'Adobe) demandés pendant l'inscription et soumettez-les directement à AIG-Vie.

Choix de ses avantages

Vient maintenant le temps de choisir vos avantages. Les pages suivantes renseignent sur les garanties offertes.

Une description détaillée de chaque avantage peut être affichée en sélectionnant « Plan Details » (régimes) dans le haut de l'écran, puis en cliquant sur le régime voulu. Une brève description peut être affichée en cliquant l'information sous l'en-tête « Coverage » (garantie) à l'écran d'inscription.

RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX - OBLIGATOIRE

Le régime d'assurance-maladie provincial offre une garantie limitée sur plusieurs dépenses médicales. Vous pouvez en apprendre plus directement du ministère de la santé provincial. **Mon choix** offre les régimes suivants en complément de cette garantie.

	AVANTAGES	Co-ASSURANCE	DÉDUCTIBLE	AVANTAGE MAXIMAL
Option 1	Urgences médicales hors province (pays)	100 %	Aucun	Illimité
	Aide d'urgence en voyage*	100 %	Aucun	Illimité
Option 2	Urgences médicales hors province (pays)	100 %	Aucun	Illimité
	Aide d'urgence en voyage*	100 %	Aucun	Illimité
	Chambre semi-privée	100 %	25 \$ E, 50 \$ E+1, E+2 par année de police, aucun sur les médicaments	Illimité/à vie
	Aides auriculaires	Non garanti		
	Médicaments d'ordonnance (carte)	70 % génér. (72,6 % au Québec)	Honoraires max. 6 \$ (par ord.) (sauf au Québec.)	Illimité
Services professionnels*	80%		300 \$/an. de police	
Option 3	Urgences médicales hors province (pays)	100 %	Aucun	Illimité
	Aide d'urgence en voyage*	100 %	Aucun	Illimité
	Chambre semi-privée	100 %		Illimité/à vie
	Aides auriculaires	100 %	Nil	"
	Médicaments d'ordonnance (avec carte)	80 % génér.	Honoraires max. 6 \$ (par ord.) (sauf au Québec.)	"
	Services professionnels*	100 %		300 \$/an. de police
Option 4	Urgences médicales hors province (pays)	100 %	Aucun	Illimité
	Aide d'urgence en voyage*	100 %	Aucun	Illimité
	Chambre privée	100 %		Illimité à vie
	Aides auriculaires	100 %	Aucun	"
	Médicaments d'ordonnance (avec carte)	100 %	Honoraires max. 6 \$ (par ordonnance) (sauf au Québec.)	"
	Services professionnels*	100%		500 \$/ an. de police

*Limites de montant et autres restrictions par personne admissible assurée (voir les détails concernant le régime de soins médicaux dans les pages qui suivent).

Décisions :	Choisissez la garantie que vous désirez. Vous devez choisir l'une des quatre options. Résidents du Québec : choisissez l'option 2, 3 ou 4 si vous avez moins de 65 ans ou êtes sous le régime d'un conjoint.
Faits fiscaux :	L'avantage pour soins médicaux n'est pas imposable (sauf au Québec).
Garanties : Choix :	Choisissez la garantie à partir de la liste déroulante en sélectionnant Option 1, 2, 3 ou 4. Désistement : Si vous ne voulez souscrire au régime parce que vous êtes assuré sur celui de votre conjoint, cliquez le bouton « Waiver » et fournissez les renseignements demandés. Mode de paiement : dollars à la carte, retenue salariale ou les deux.

DÉTAILS RELATIFS AU RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ

Suit une description de certains éléments du régime de soins médicaux. Si vous avez des questions concernant les garanties de chaque option, contactez le service des ressources humaines ou des avantages sociaux.

- v **Service ambulancier**
 - Autre que ligne aérienne, transport vers et de l'hôpital le plus près qualifié pour dispenser le traitement nécessaire.
 - Transport d'urgence à l'intérieur de la province de résidence de l'assuré par avion vers et de l'hôpital le plus près, subordonné à un avange maximal égal à un billet économie pour l'assuré et, si médicalement requis, pour une aide médicale qui n'est ni un résident de votre domicile, ni un membre de votre famille.
- v **Déductible**
 - Le déboursé marginal initial avant qu'il devienne remboursable par Green Shield. Il y a un déductible par année de police pour l'option 2 qui ne s'applique pas aux médicaments d'ordonnance.
- v **Médicaments d'ordonnance**
 - Toutes les options couvrent des honoraires de 6 \$ pour les médicaments (sauf pour les résidents du Québec). Tout montant en sus est payable par l'assuré.
 - Médicaments qui, par la loi, ne sont dispensés que par ordonnance ou drogues, médicaments, préparations par injection et fournitures d'insuline et sérums d'allergies, spécifiés comme dépenses garanties par l'assureur, y compris les contraceptifs oraux, les drogues de fertilité (maximum à vie de 6000 \$), les aides pour cesser de fumer (maximum à vie de 125 \$) et le Viagra (1000 \$ par année de police) par personne assurée.
 - Aucune prestation ne sera versée pour l'achat de médicaments qui ne pourraient être utilisés dans les 90 jours suivant la date d'achat.
 - *Médicaments génériques* : produits qui contiennent le ou les mêmes ingrédients que le médicament de marque original.
- v **Hébergement préféré dans un hôpital canadien**
 - La différence entre les frais de chambre commune et de chambre semi-privée ou privée avec repas (selon l'option choisie), dans un hôpital licencié au Canada.
- v **Hôpital de convalescence**
 - Limité à une chambre semi-privée dans un établissement canadien de soins de convalescence, pour 120 jours.
- v **Aide d'urgence hors province, hors pays et en voyage**
 - Durée du séjour hors du Canada - 60 jours.
 - Services d'aide en voyage - aide sur-le-champ en cas d'urgence pour les employés et les membres de famille assurés voyageant hors de la province de résidence. Les détails peuvent être téléchargés. L'avantage prend fin à l'âge de 65 ans ou au moment du départ en retraite anticipée.

DÉTAILS RELATIFS AU RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ

- v **Références hors du Canada**
 - Si vous avez moins de 65 ans et qu'un médecin vous réfère pour un traitement autre que d'urgence hors de la province de résidence ou du Canada, alors que le traitement n'est pas dispensé au Canada, et pour lequel il n'y a aucun autre traitement médicalement suffisant au Canada, ce qui suit est assuré en sus de l'allocation de tout régime provincial, en autant qu'ils soient admissibles aux fins de remboursement en tout ou en partie par le régime provincial.
 - Chambre d'hôpital semi-privée (frais raisonnables et coutumiers).
 - Services d'un médecin (raisonnables et coutumiers).
 - Services et fournitures d'hôpital dispensés en hospitalisation et pour les examens radiologiques et les tests de laboratoire liés au traitement médical dispensé sans hospitalisation.
 - Les frais de référence hors du Canada sont sujets à un maximum à vie de 50 000 \$.
- v **Soins infirmiers privés**
 - Si recommandés par un médecin et seulement si médicalement requis, les frais pour les services d'un infirmier ou d'une infirmière licenciée ou agréée, d'un aide-infirmier ou aide-infirmière certifiée ou d'un membre de l'ordre victorien des infirmières quand on n'est pas hospitalisé, en autant que l'infirmier ou l'infirmière ne soit ni résident de votre maison ni un parent.
 - Limite maximale générale de 10 000 \$ par 3 ans de police, pour les employés actifs de moins de 65 ans.
- v **Aides auriculaires**
 - Les frais pour l'achat de prothèses auriculaires (excluant les piles).
- v **Chaussures orthopédiques, prothèses et supports orthotiques**
 - Limite maximale de 250 \$ par année de police pour les chaussures orthopédiques.
 - Les supports orthotiques dont les supports d'arche et les moules, font l'objet d'une limite de 200 \$ par deux années de police (par année pour les enfants à charge de moins de 18 ans).
- v **Services professionnels**
 - Services d'un orphophoniste, psychologue clinique, ostéopathe, chiropracien, podiatre, physiothérapeute, naturopathe, acupuncteur, masseur ou praticien des Sciences chrétiennes licencié, agréé ou certifié.
 - Limite d'un avantage maximal indiqué au RÉGIME DES SOINS MÉDICAUX, en sus du régime provincial, par année de police, par spécialité, sauf la physiothérapie où la garantie est illimitée.
 - Les frais de radiographie sont couverts jusqu'à un maximum de 20 \$ par année de police pour toutes les spécialités combinées.
 - La garantie pour les psychologues n'est que de 50 % au Québec.

DÉTAILS RELATIFS AU RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ

- v **Soins dentaires en cas d'accident** ■ Traitement dentaire nécessaire suite à une blessure accidentelle aux dents naturelles, avec garantie maximale de 5000 \$ par accident. Le travail dentaire doit être exécuté dans les 12 mois suivant l'accident pour être admissible.
- v **Équipement médical durable** ■ Location (ou achat, au choix de l'assureur) d'équipement médical ou chirurgical durable nécessaire à des fins thérapeutiques (approuvées par l'assureur), d'attelles, de béquilles et l'achat de prothèses.
- v **Tests en labo et radiographies** ■ Non couverts par le régime provincial, jusqu'à un maximum de 500 \$ par année de police, par personne assurée.
- v **Prolongation de la garantie** ■ Advenant votre décès, l'assurance médicale des personnes à charge admissibles sera prolongée, sans versement de prime, pour une période de vingt-quatre mois suivant la date du décès, ou jusqu'au terme de la police ou de l'avantage, selon la première éventualité.
- v **Exclusions** ■ Les dépenses admissibles font exclusion de ce qui suit :
 - frais considérés assurés au titre d'un régime provincial;
 - frais pour des examens généraux et examens requis par un tiers;
 - frais de chirurgie ou de traitement principalement de beauté, ou frais d'hospitalisation pour cette chirurgie ou ce traitement;
 - frais pour un traitement médical ou une chirurgie par un médecin autre que prévu dans les frais hors province ou pays;
 - frais de transport et de déplacement autres qu ceux indiqués comme dépenses admissibles;
 - frais non spécifiés dans la liste précédente de dépenses médicales admissibles;
 - frais pour services ou fournitures obtenues sans la recommandation ou l'approbation d'un médecin agissant en-deça des limites de sa licence;
 - frais non médicalement nécessaires pour le soin ou le traitement d'une blessure, d'une maladie ou d'une grossesse, réelle ou possible;
 - frais pour une blessure ou une maladie de travail couverte au titre de la loi sur les accidents du travail ou de tout autre règlement semblable;
 - frais qui ne sont normalement pas encourus sauf vu la présence de cette assurance ou que vous n'êtes pas légalement tenus de déboursier;
 - frais que l'assureur, par loi ou règlement, n'a pas le droit de couvrir;

DÉTAILS RELATIFS AU RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ

- frais de travaux dentaires quand un tiers est responsable du paiement de tels frais;
- frais pour blessures encourues directement ou indirectement suite à une guerre ou un acte de guerre (déclarée ou non), d'insurrection, d'émeute ou d'hostilité quelconque;
- frais pour services ou fournitures suite à une automutilation intentionnelle;
- frais pour médicaments, sérums, médicaments ou fournitures injectables non approuvés par Santé et Bien-Être Canada ou qui sont expérimentaux ou d'usage limité, approuvés ou non;
- frais pour procédures ou traitements médicaux expérimentaux non approuvés par l'Association médicale canadienne ou par la société médicale spécialisée appropriée;
- frais par un médecin pour déplacement, rendez-vous manqués, communications, classement ou formulaires, ou encore fournitures.

v Résiliation des prestations

- La date de départ à la retraite ou de cessation d'emploi.

RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

De bons soins dentaires mènent à une bonne santé. **Mon choix** offre le régime suivant.

	DÉPENSES	CO-ASSURANCE	AVANTAGE MAXIMAL
Option 1	Aucune garantie		
Option 2 <i>Barème courant</i>	Base Préventif Diagnostique Endodontique Périodontique Restauration majeure Orthodontique	75 % 75 % 75 % 75 % 75 % Non garanti Non garanti	Max. illimité, examens et polissage aux 9 mois " " " " s/o s/o
Option 3 <i>Barème courant</i>	Base Préventif Diagnostique Endodontique Périodontique Restauration majeure Orthodontique	100 % 100 % 100 % 100 % 100 % 50 % Non garanti	Max. illimité, examens et polissage aux 6 mois " " " 2000 \$/année de police (par assuré admissible) s/o
Option 4 <i>Barème courant</i>	Base Préventif Diagnostique Endodontique Périodontique Restauration majeure Orthodontique (enfants seulement)	100 % 100 % 100 % 100 % 100 % 50 % 50 %	Max. illimité, examens et polissage aux 6 mois " " " " 2500 \$ à vie (par enfant assuré admissible)

Décisions :	Vous devez décider de la garantie voulue. Certaines restrictions s'appliquent (voyez les procédures générales à la page 5).
Faits fiscaux :	Le régime des soins dentaires est un avantage non imposable (sauf au Québec). Le remboursement d'orthodontie non imposable de 2500 \$ peut équivaloir à un revenu avant impôt de 4000 \$ à 5000 \$.
Inscription des choix :	Choisissez la garantie à partir de la liste déroulante en sélectionnant Option 1, 2, 3 ou 4. Désistement : Si vous ne voulez souscrire au régime parce que vous êtes assuré sur celui de votre conjoint, cliquez le bouton « Waiver » et fournissez les renseignements demandés. Mode de paiement : dollars à la carte, retenue salariale ou les deux.

Certaines restrictions s'appliquent lors de la modification de la garantie.

DÉTAILS RELATIFS AU RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

Suit une description de certains éléments du régime de soins dentaires. Si vous avez des questions concernant les garanties offertes dans chaque option, contactez le service des ressources humaines ou des avantages sociaux.

- v **Changement d'option** ■ Vous pouvez choisir n'importe quelle option lors de l'inscription initiale. Aux renouvellements, vous ne pouvez augmenter ou réduire la garantie que d'un niveau par an. Vous devez donc passer à l'option 2 avant de vous retirer du régime de soins dentaires (ex. : si vous avez choisi l'option 4, vous devez passer à l'option 3 à l'an 2, puis à l'option 2 à l'an 3, avant de pouvoir vous retirer du régime).
- v **Barème courant** ■ Il s'agit du guide provincial des frais dentaires, publié chaque année par l'Association dentaire provinciale. Le guide fournit aux dentistes des prix suggérés pour tous les services dentaires.
- v **Avantage maximal** ■ Maxima annuels ou à vie par membre assuré, tels que décrits sous Options (ex. : soins orthodontiques, maximum de 2500 \$ par enfant).
- v **Prolongation des avantages** ■ Aucun avantage n'est admissible à une réclamation après terminaison de la police maîtresse de l'employeur ou après cessation de la garantie, sauf pour compléter l'installation de dentiers, dans les 30 jours suivant la terminaison.
- v **Autres avantages et soumission d'un programme de traitement** ■ Lorsqu'il s'agit d'une méthode normalement utilisée et professionnellement adéquate pour traiter une blessure ou une maladie aux dents, Green Shield se réserve le droit d'établir l'admissibilité basée sur un autre avantage. Green Shield vous avisera à l'avance du montant de sa responsabilité quand un programme proposé de traitement comprend une restauration dentaire ou orthodontique majeure. Demandez à votre dentiste de rédiger un programme de traitement sur un formulaire disponible du service des ressources humaines, incluant les radiographies préparatoires si le traitement proposé comprend des couronnes ou des pontages.
- v **Services de base** ■ **Service diagnostique**
 - examens oraux normaux complets et diagnostics limités à une fois tous les 6 ou 9 mois;
 - radiographie diagnostique simple, complète ou équivalente, limité à une fois tous les 2 ans;
 - moules d'étude limités à un par an;
 - consultations.■ **Soins préventifs**
 - détartrage et polissage (prophylaxique) limité à une fois tous les 6 ou 9 mois;
 - traitement fluorure topique,
 - prothèse passive (qui ne déplace pas les dents) pour les enfants à charge seulement.
 - instructions d'hygiène buccale limitée à une fois tous les 6 ou 9 mois.

DÉTAILS RELATIFS AU RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

- **Restauration de base**
 - procédures pour restaurer les dents naturelles à leur fonction normale à l'aide d'amalgames d'argent, de silicate ou de restauration synthétique (plombages ou couronnes temporaires en acier inoxydable pour les enfants). Les pansements sédatifs sont garantis.
 - **Extractions**
 - extraction sans complication des dents.
 - **Endodontie**
 - traitement endodontique d'urgence, traitement de canal conservatif.
 - **Périodontie**
 - détartrage, planage de canal, infections aiguës, ajustement occlusal, séparation provisionnelle;
 - services chirurgicaux tels que le curetage de la gingivite, la gingivoplastie, la gingivectomie ou la chirurgie osseuse;
 - prothèses périodontales spéciales.
 - **Chirurgie buccale**
 - retrait chirurgical régulier de dents enclavées, de racines résiduelles et soins post-opératoires connexes.
 - **Anaesthésie** - normalement et raisonnablement nécessaire, en rapport avec d'autres traitements garantis.
 - **Revêtement ou résiéage des dentiers** - limite d'une fois tous les 3 ans, y compris l'addition de nouvelles dents, mais n'incluant pas le coût des dentiers, de leur remplacement ou de leur duplication.
- v **Services majeurs**
- Réparation de dentiers
 - Prothèses amovibles
 - la pose initiale de dentiers partiels ou complets; le remplacement de prothèses amovibles existantes n'est pas garanti sauf si :
 - a) le remplacement est rendu nécessaire par l'extraction, la perte ou la fracture d'une ou de plusieurs bonnes dents naturelles;
 - b) les dentiers existants sont âgés d'au moins 5 ans et ne peuvent plus être réparés; ou
 - c) vous avez subi une blessure dentaire accidentelle.
 - le remplacement de dentiers perdus ou volés, la duplication et la personnalisation ou caractérisation de dentiers ne sont pas garantis.
 - **Restauration poussée**
 - procédures dont incrustations, revêtements et couronne en or, utilisées pour la restauration de dents naturelles à leur fonction normale là où la dent, suite à une carie ou une fracture avancée, ne peut pas être restaurée par plombage. Si la dent peut être restaurée par amalgame d'argent, silicate ou restauration synthétique, la garantie sera basée sur le coût habituel d'une telle restauration.
 - **Prothèses fixes**
 - l'installation initiale;
 - le recollage ou le remplacement des devantures ou placages;

DÉTAILS RELATIFS AU RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

- le remplacement de prothèses fixes existantes n'est pas garanti sauf:
 - a) s'il est rendu nécessaire par l'extraction, la perte ou la fracture d'une ou de plusieurs bonne dents, après l'inscription au régime;
 - b) si le remplacement se fait plus de 12 mois après l'entrée en vigueur du régime et si la prothèse est âgée d'au moins 5 ans et ne peut plus être réparée.
- v **Prolongation de la garantie** ■ Advenant votre décès, l'assurance dentaire des personnes à charge admissibles sera prolongée, sans versement de prime, pour une période de vingt-quatre mois suivant la date du décès, ou jusqu'au terme de la police ou de l'avantage, selon la première éventualité.
- v **Orthodontie** ■ Seuls les enfants à charge de moins de 21 ans sont admissibles. Le diagnostic ou la correction d'irrégularités des dents et de la malocclusion des mâchoires, par broches, prothèses ou aides mécaniques, communément appelé « redressement des dents », y compris les attelles ou appareils orthodontiques, dans le but de repositionner ou de déplacer les dents.
- v **Exclusions** ■ Aucun paiement ne sera versé pour une procédure dentaire en rapport avec une blessure ou une maladie dentaire pour laquelle on avait demandé à l'employé ou à la personne à charge d'obtenir traitement ou pour laquelle le traitement a débuté avant l'entrée en vigueur de l'assurance de l'employé ou de la personne à charge pour ladite procédure dentaire.
 - Aucune prestation n'est versée dans les cas suivants :
 - services ou fournitures pour des soins dentaires principalement cosmétiques;
 - services ou fournitures qui ne sont pas dispensés par un dentiste ou un denturologue légalement qualifié, agissant en-deça de sa licence;
 - dépenses encourues suite à une guerre, une émeute, une insurrection ou la participation à un acte criminel;
 - frais divers tels que ceux de conseil ou d'instruction (sauf s'ils font partie d'une dépense admissible), les déplacements, les rendez-vous manqués, les communications ou la complétion de formulaires;
 - frais encourus suite à une automutilation intentionnelle;
 - services couverts en tout ou en partie par un régime provincial, services dispensés sans frais ou services que l'assureur ne peut pas couvrir aux termes de la loi;
 - frais pour services qui ne seraient pas dispensés si ce n'était de la présence de l'assurance ou pour lesquels vous n'avez pas à payer;
 - frais de chambre et repas à l'hôpital, et services et fournitures connexes;
 - examens dentaires demandés par un tiers;
 - diagnostics en rapport avec des catégories d'avantage exclues comme dépenses admissibles;
 - services ou fournitures pour une implantation.
- v **Résiliation des prestations** ■ La date du départ à la retraite ou de cessation d'emploi.

RÉGIME DE SOINS OCULAIRES ET DÉTAILS

Ce régime vous donne une garantie d'assurance additionnelle.

	AVANTAGE MAXIMAL
Option 1	Aucune garantie
Option 2	150 \$ / 24 mois
Option 3	200 \$ / 24 mois
Option 4	300 \$ / 24 mois

Décisions :	Vous devez décider de participer ou non à ce régime. Certaines restrictions s'appliquent (voir Procédures générales à la page 5).
Faits fiscaux :	L'avantage n'est pas imposable (sauf au Québec).
Inscription des choix :	Choisissez la garantie à partir de la liste déroulante en sélectionnant Option 1, 2, 3 ou 4. Mode de paiement : dollars à la carte, retenue salariale ou les deux.

Suit une description plus détaillée de certains éléments du régime de soins oculaires. Si vous avez des questions concernant les garanties offertes, contactez le service des ressources humaines ou des avantages sociaux.

- v **Avantage**
 - Cet avantage offre une garantie pour les lentilles et les montures de lunettes ou les lentilles cornéennes, ou pour la chirurgie laser, limitée au maximum par personne assurée admissible pour toute période de 24 mois consécutifs à partir de la date de la dernière réclamation.
 - Les lentilles cornéennes requises pour raison médicale, ordonnées pour astigmatisme cornéen prononcé, cicatrisation cornéenne grave, keratocône (cornée oricale) ou aphakie, en autant que l'acuité visuelle puisse être améliorée à un niveau d'au moins 20/40 avec les lentilles cornéennes mais pas avec des lunettes. Limité au maximum admissible de 200 \$ pour toute période de 24 mois consécutifs à partir de la date de la dernière réclamation.
- v **Changement des options**
 - Vous ne pouvez changer que d'un niveau d'option par an. Une fois inscrit à une option, vous ne pouvez vous retirer du régime qu'en passant à l'option 2 d'abord puis le retrait (ex. : si vous avez choisi l'option 4, vous devez passer à l'option 3 pour un an, à l'option 2 pour un an, puis vous pouvez vous retirer du régime).
- v **Résiliation des prestations**
 - La date de départ à la retraite ou de cessation d'emploi.

RÉGIME D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (ILD) - OBLIGATOIRE

Si vous devenez invalide suite à une maladie ou une blessure, l'assurance invalidité de longue durée vous donne un revenu pendant que vous ne pouvez pas travailler. Suivent les garanties.

	GARANTIE
Option 1	60 % du salaire mensuel Prestations sur 5 ans Période de carence de 105 jours consécutifs Prestations maximales de 10 000 \$/mois
Option 2	60 % du salaire mensuel Prestations jusqu'à l'âge de 65 ans Période de carence de 105 jours consécutifs Prestations maximales de 10 000 \$/mois
Option 3	60 % du salaire mensuel Prestations jusqu'à l'âge de 65 ans Période de carence de 105 jours consécutifs Indexé à l'IPC (max. de 3 %) Prestations maximales de 10 000 \$/mois
Option 4	66,7 % des premiers 2250 \$ de revenu mensuel assurable; 50 % du solde Période de carence de 105 jours Prestations jusqu'à l'âge de 65 ans Prestations maximales de 10 000 \$/mois

Quelle que soit l'option, la prestation maximale, y compris tout autre revenu (comme les prestations RPC/RPQ payables au nom des personnes à votre charge), ne peut pas dépasser :

- 85 % des revenus après impôt, avant l'invalidité.

Décisions :	Choisissez la garantie ILD voulue. <u>Vous devez choisir l'une des quatre options.</u>
Faits fiscaux :	Si vous défrayez l'ILD avec vos dollars à la carte, le montant de la prime sera ajouté à votre revenu. Donc, si vous devenez invalide, vous n'aurez pas à payer d'impôt sur le revenu reçu au titre de l'ILD. Si vous utilisez une retenue salariale ou une combinaison dollars à la carte et retenue salariale, le revenu au titre de l'ILD sera aussi un revenu exempt d'impôt.
Inscription des choix :	Choisissez la garantie à partir de la liste déroulante en sélectionnant Option 1, 2, 3 ou 4. Mode de paiement : dollars à la carte, retenue salariale ou les deux.

DÉTAILS RELATIFS À L'ILD

Suit une description plus détaillée des éléments du régime ILD. Si vous avez de questions concernant les garanties, contactez le service des ressources humaines ou des avantages sociaux.

- v **Preuve d'assurabilité** ■ Une preuve médicale sera exigée pour augmenter la garantie ILD lors des renouvellements.
- v **Période d'admissibilité à une invalidité** ■ Si vous devenez complètement invalide pendant 105 jours consécutifs, avant d'avoir 65 ans, et que vous suivez un traitement continu d'un médecin légalement qualifié, vous êtes admissible à une prestation mensuelle.
- v **Période maximale d'invalidité** ■ Les prestations ne sont payables que pour une période de cinq ans, ou jusqu'à ce que vous atteignez l'âge de 65 ans.
■ Les prestations ne sont pas payables après 65 ans, sauf si vous satisfaisiez la période d'admissibilité alors que vous aviez 64 ans. Dans ce cas vous recevrez des prestations pour une période maximale de 12 mois.
- v **Invalidité complète** ■ Vous êtes considéré complètement invalide au cours des 24 premiers mois au cours desquels vous recevez des prestations, si vous êtes incapable d'exécuter toutes et chacune des tâches de votre emploi. Par la suite, vous êtes considéré complètement invalide si vous êtes incapable d'exécuter toutes et chacune des tâches d'un poste quelconque pour lequel vous êtes raisonnablement qualifié par formation, éducation ou expérience.
- v **Invalidité rechutante** ■ Si vous subissez une rechute due aux mêmes causes et à des causes connexes, elle sera considérée invalidité continue et ne sera pas subordonnée à la période de carence, à moins que vos n'ayez repris votre emploi actif à temps plein pendant une période de 6 mois consécutifs ou plus.
■ Si une nouvelle invalidité provient de causes non connexes, vous pourrez devenir admissible à une nouvelle période d'invalidité, subordonnée à la période d'admissibilité, si vous avez repris votre emploi actif pendant au moins une journée complète.
- v **Emploi de réhabilitation** ■ Si vous êtes invalide, l'assureur pourra recommander que vous suiviez un programme de formation de réhabilitation qui tiendrait compte de la nature et des limites de l'invalidité.
- v **Subrogation** ■ Sur versement d'une prestation ILD, l'assureur doit être subrogé dans tous vos droits de récupération, donc contre toute personne ou organisation, et vous devrez produire et livrer documents et papiers et faire tout ce qui est nécessaire pour assurer ces droits. Vous ne devez rien faire en préjudice à ces droits.
- v **Indexation**
(Option 3 seulement) ■ La prestation mensuelle payable, après l'application des réductions de garantie, sera augmentée annuellement à partir du 1^{er} janvier suivant la date du début des prestations. Le montant de cette augmentation sera basé sur l'augmentation de l'indice des prix au consommateur, sans dépasser 3 %.

DÉTAILS RELATIFS À L'ILD

- v **Désistement des primes**
 - Si vous recevez des prestations ILD, AIG-Vie se désistera du versement des primes, débutant avec la prime du premier mois complet de police au cours duquel les prestations deviennent payables et ce, pour chaque mois complet pour lequel les prestations sont payables.

- v **Exclusions**
 - Aucune prestation ne sera versée à un employé assuré pour une invalidité totale débutant dans les six mois de la date d'entrée en vigueur de l'assurance de l'employé assuré, si l'invalidité est causée par ou est subséquente à une maladie ou une blessure accidentelle pour laquelle l'employé a reçu un traitement médical ou a pris des médicaments d'ordonnance en tout temps dans les quatre-vingt-dix jours précédant la date d'entrée en vigueur de son assurance.
 - Toute partie d'une période d'invalidité, à moins que vous ne receviez une supervision ou un traitement continu d'un médecin, jugé approprié par l'assureur, pour le malaise qui cause l'invalidité. Vous ne recevrez aucune prestation pour toute partie de période d'invalidité au cours de laquelle vous ne participez pas à un régime de traitement recommandé par le médecin.
 - Toute partie d'une période d'invalidité au cours de laquelle vous recevez un traitement d'un thérapeute, à moins que ce traitement soit recommandé par un médecin reconnu par l'assureur.
 - Toute partie d'une période d'invalidité résultant d'un abus de substances, y compris l'alcoolisme et la dépendance aux drogues, à moins que nous ne participiez à un programme de réhabilitation reconnu.
 - Les invalidités résultant d'une automutilation ou d'une tentative de suicide.
 - Les invalidités résultant de la participation à une guerre, à une émeute ou à une insurrection.
 - La partie d'une période d'invalidité au cours de laquelle vous avez été incarcéré dans une institution pénale, ou retenu dans un hôpital ou une institution semblable suite à un acte criminel.
 - Toute partie d'une période d'invalidité au cours d'un congé (y compris le congé de maternité). Les prestations ne seront payées qu'à partir de la date prévue de retour au travail ou après la période d'admissibilité, selon la plus longue des deux.
 - Une invalidité qui commence à la date ou après la date d'une grève ou d'un licenciement, sauf tel que décrit dans la police maîtresse de l'employeur.
 - Une invalidité résultant de la participation à la commission d'un acte criminel.

ASSURANCE-VIE POUR L'EMPLOYÉ - OBLIGATOIRE

Le régime d'assurance-vie temporaire aide à fournir un soutien financier à votre famille, advenant votre décès. **Mon choix** offre les garanties suivantes.

	GARANTIE
Option 1	2 x salaire annuel
Option 2	3 x salaire annuel
Option 3	4 x salaire annuel
Option 4	5 x salaire annuel
Option 5	7 x salaire annuel

Décisions :	Choisissez l'assurance-vie voulue. <u>Vous devez choisir l'une des cinq options.</u>
Faits fiscaux :	Si vous utilisez vos dollars à la carte pour défrayer l'assurance-vie en tout ou en partie, ces dollars sont considérés avantage imposable. Utiliser une retenue salariale vous permet d'économiser vos dollars à la carte pour d'autres régimes qui ne produisent pas un avantage imposable.
Inscription des choix :	Choisissez la garantie à partir de la liste déroulante en sélectionnant Option 1, 2, 3, 4 ou 5. Mode de paiement : dollars à la carte, retenue salariale ou les deux.

DÉTAILS RELATIFS À L'ASSURANCE-VIE POUR L'EMPLOYÉ

Suit une description de certains éléments du régime d'assurance-vie. Si vous avez des questions concernant les garanties, contactez le service des relations humaines ou des avantages sociaux.

- v **Bénéficiaire**
 - Vous pouvez changer votre bénéficiaire en tout temps, subordonné aux limites de la police ou de la loi. Les résidents du Québec doivent obtenir un formulaire du service des ressources humaines ou des avantages sociaux.

- v **Privilège de conversion**
 - L'avantage est maintenu pendant 31 jours suivant votre mise à pied ou le changement de classification à non assuré. Au cours de cette période, le montant de votre assurance-vie collective, subordonné au maximum de 200 000 \$ (tous les contrats combinés) et en autant que vous ayez moins de 65 ans, peut être converti en assurance-vie de personne, temporaire d'un an convertible, ou temporaire jusqu'à l'âge de 65 ans sans avoir à fournir de preuve d'état de santé. Les primes seront basées sur votre âge et la classe de risque au moment de la conversion.
 - Le privilège de conversion ne s'applique pas à la réduction de l'assurance-vie, ni à la résiliation d'assurance survenant à un âge particulier ou au moment de la retraite du membre.

- v **Preuve d'assurabilité**
 - Le formulaire doit être rempli pour les montants supérieurs à 600 000 \$ lors de l'inscription initiale et pour toute hausse de montant lors des inscriptions subséquentes.

- v **Options**
 - Les primes sont basées sur une combinaison de taux moyens négociés par la compagnie et de votre âge, genre et si vous êtes fumeur ou non. Un non-fumeur est une personne qui s'abstient totalement de fumer quelque forme de tabac ou de cannabis pendant une période d'un an précédent immédiatement la date de son statut de non fumeur.
 - Une déclaration inexacte du statut de non-fumeur constitue une fraude. Aucune prestation ne sera versée à quiconque commet une fraude, quelle que soit la cause du décès.
 - Dans le cas d'un décès par automutilation alors que vous êtes sain d'esprit ou non, l'assureur ne défraye aucune partie de l'assurance-vie au choix exigible pour les deux ans précédant la date du décès.

- v **Avantage maximal**
 - La garantie maximale est de 1 000 000 \$.

- v **Désistement des primes**
 - Si vous devenez complètement invalide pendant au moins 6 mois consécutifs avant d'avoir 65 ans, la AIG-Vie se désistera du paiement des primes d'assurance-vie.
 - Le désistement des primes se termine dès que vous atteignez l'âge de 65 ans ou que vous cessez d'être invalide.

- v **Résiliation des prestations**
 - L'atteinte de l'âge de 65 ans ou le départ à la retraite.

ASSURANCE-VIE POUR LE CONJOINT

L'assurance-vie pour le conjoint offre une garantie advenant le décès du conjoint. **Mon choix** offre les garanties suivantes.

	GARANTIE
Option 1	Aucune garantie
Option 2	10 000 \$
Option 3	20 000 \$
Option 4	50 000 \$
Option 5	100,000 \$
Option 6	150 000 \$

Décisions :	Choisissez l'assurance-vie voulue pour le conjoint.
Faits fiscaux :	Si vous utilisez vos dollars à la carte pour défrayer l'assurance-vie en tout ou en partie, ces dollars sont considérés avantage imposable. Utiliser une retenue salariale vous permet d'économiser vos dollars à la carte pour d'autres régimes qui ne produisent pas un avantage imposable.
Inscription des choix :	Choisissez la garantie à partir de la liste déroulante en sélectionnant Option 1, 2, 3, 4, 5 ou 6. Mode de paiement : dollars à la carte, retenue salariale ou les deux.

DÉTAILS RELATIFS À L'ASSURANCE-VIE POUR LE CONJOINT

Suit une description plus détaillée de certains éléments du régime d'assurance-vie pour le conjoint.

- v **Bénéficiaire**
 - Vous pouvez changer votre bénéficiaire en tout temps, subordonné aux limites de la police ou de la loi. Les résidents du Québec doivent obtenir un formulaire du service des ressources humaines ou des avantages sociaux.
- v **Désistement des primes**
 - Si vous devenez admissible au désistement des primes au titre de l'assurance-vie, vos primes pour l'assurance-vie pour le conjoint pourront aussi être désistées. Le montant de l'assurance-vie pour le conjoint pour lequel les primes sont désistées, sera le montant en vigueur à la date de votre invalidité.
 - Le désistement des primes prend fin quand vous atteignez l'âge de 65 ans ou partez à la retraite.
- v **Preuve d'assurabilité**
 - Elle est exigée pour tout montant de garantie supérieur à 20 000 \$ et pour toute hausse de garantie lors des inscriptions subséquentes.
- v **Résiliation des prestations**
 - L'avantage prend fin quand vous atteignez l'âge de 65 ans, vous partez à la retraite ou votre conjoint atteint l'âge de 65 ans, selon la première éventualité.

ASSURANCE-VIE POUR LES ENFANTS

L'assurance-vie pour les enfants offre une garantie advenant le décès d'un ou de plusieurs enfants à votre charge. **Mon choix** offre les garanties suivantes.

	GARANTIE
Option 1	Aucune garantie
Option 2	5000 \$
Option 3	10 000 \$
Option 4	20 000 \$

Décisions :	Choisissez l'assurance-vie voulue pour les enfants.
Faits fiscaux :	Si vous utilisez vos dollars à la carte pour défrayer l'assurance-vie en tout ou en partie, ces dollars sont considérés avantage imposable. Utiliser une retenue salariale vous permet d'économiser vos dollars à la carte pour d'autres régimes qui ne produisent pas un avantage imposable.
Inscription des choix :	Choisissez la garantie à partir de la liste déroulante en sélectionnant Option 1, 2, 3 ou 4. Mode de paiement : dollars à la carte, retenue salariale ou les deux.

DÉTAILS RELATIFS À L'ASSURANCE-VIE POUR LES ENFANTS

Suit une description plus détaillée de certains éléments du régime d'assurance-vie pour les enfants.

- v **Bénéficiaire**
 - Vous pouvez changer votre bénéficiaire en tout temps, subordonné aux limites de la police ou de la loi. Les résidents du Québec doivent obtenir un formulaire du service des ressources humaines ou des avantages sociaux.
- v **Désistement des primes**
 - Si vous devenez admissible au désistement des primes au titre de l'assurance-vie, vos primes pour l'assurance-vie pour les enfants pourront aussi être désistées. Le montant de l'assurance-vie pour les enfants pour lequel les primes sont désistées, sera le montant en vigueur à la date de votre invalidité.
 - Le désistement des primes prend fin quand vous atteignez l'âge de 65 ans ou partez à la retraite.
- v **Preuve d'assurabilité**
 - Aucune requise.
- v **Résiliation des prestations**
 - La date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans ou à laquelle l'enfant atteint la limite d'âge tel qu'établi dans les *Définitions*, selon la première éventualité.

ASSURANCE MORT ACCIDENTELLE ET MUTILATION (MA&M) - OBLIGATOIRE

La MA&M vous offre, ainsi qu'à votre bénéficiaire, un soutien financier advenant votre décès suite à un accident ou que vous subissiez une blessure accidentelle assurée.

	GARANTIE
Option 1	2 x salaire annuel
Option 2	3 x salaire annuel
Option 3	4 x salaire annuel
Option 4	5 x salaire annuel
Option 5	7 x salaire annuel

Décisions :	Choisissez la garantie MA&M voulue. <u>Vous devez choisir l'une des cinq options.</u> Si vous choisissez la garantie de famille, vous obtenez ces prestations pour les personnes à votre charge: <ul style="list-style-type: none">■ Conjoint seulement : 60 % du montant principal choisi■ Conjoint et enfants : 50 % du montant principal choisi■ Enfants seulement (chacun) : 20 % du montant principal choisi (maximum de 50 000 \$)■ Chaque enfant (et conjoint) : 15 % du montant principal choisi (maximum de 50 000 \$)
Faits fiscaux :	Cet avantage n'est pas imposable (sauf au Québec).
Inscription des choix :	Choisissez la garantie à partir de la liste déroulante en sélectionnant Option 1, 2, 3, 4 ou 5. Mode de paiement : dollars à la carte, retenue salariale ou les deux.

DÉTAILS RELATIFS À LA MA&M

Tableau des pertes :

Si une blessure découle d'une des pertes suivantes, dans les 365 jours suivant la date de l'accident, AIG-Vie versera la prestation indiquée, en tenant compte du fait qu'une seule (la plus grande) sera versée en ce qui a trait à toutes les blessures résultant d'un même accident.

Perte de la vie	Le montant principal
Perte des deux mains et des deux pieds	Le montant principal
Cécité totale des deux yeux	Le montant principal
Perte d'une main et d'un pied	Le montant principal
Perte d'une main et cécité totale d'un oeil	Le montant principal
Perte d'un pied et cécité totale d'un oeil	Le montant principal
Perte de la parole et de l'ouïe	Le montant principal
Perte de l'usage des deux bras, des deux mains ou des deux pieds	Le montant principal
Quadriplégie	Deux fois le montant principal
Paraplégie	Deux fois le montant principal
Hémiplégie	Deux fois le montant principal
Perte d'un bras ou d'une jambe	Les trois quarts du montant principal
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe	Les trois quarts du montant principal
Perte d'une main ou d'un pied	Les deux tiers du montant principal
Cécité totale d'un oeil	Les deux tiers du montant principal
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied	Les deux tiers du montant principal
Perte de la parole ou de l'ouïe	Les deux tiers du montant principal
Perte du pouce et de l'index (même main)	Le tiers du montant principal
Perte des quatre doigts d'une même main	Le tiers du montant principal
Perte d'ouïe d'une oreille	Le tiers du montant principal
Perte de tous les orteils d'un même pied	Le quart du montant principal

v Prestations maximales

- Maximum hors tout - 1 600 000 \$
- Paralysie - 200 % jusqu'à un maximum de 1 000 000 \$ (toutes les polices combinées)

DÉTAILS RELATIFS À LA MA&M

- v **Perte**
 - La « perte » pour une main ou un pied se définit comme l'amputation réelle au niveau ou au-dessus du poignet ou de la cheville; pour un bras ou une jambe, l'amputation réelle au niveau ou au-dessus du coude ou du genou; pour un oeil, la cécité totale irréversible; pour la parole, la perte totale et irréversible de la parole ne permettant aucune communication audible que ce soit; pour l'ouïe, la perte totale et irréversible de l'ouïe qui ne peut être corrigée par une prothèse ou un appareil auditif; pour le pouce et l'index, l'amputation réelle au niveau ou au-dessus de la première phalange; pour les doigts, l'amputation réelle au niveau ou au-dessus de la première phalange des quatre doigts d'une même main; pour les orteils, l'amputation réelle des deux phalanges de tous les orteils du même pied.
 - En ce qui a trait à la quadriplégie (paralysie des deux membres supérieurs et inférieurs), la paraplégie (paralysie des deux membres inférieurs) et l'hémiplégie (paralysie totale des membres supérieur et inférieur d'un côté du corps), la « perte » signifie la paralysie totale et irréversible des membres en question.
- v **Perte d'usage**
 - S'entend la perte totale et irréversible de fonction d'un bras, d'une main ou d'une jambe, en autant que la perte soit continue pendant un période de douze mois consécutifs et, par la suite, qu'elle soit établie comme permanente, par preuve satisfaisante pour AIG-Vie.
- v **Exposition et disparition**
 - Si le corps d'un assuré n'a pas été retrouvé dans l'année suivant sa disparition, un égarement, un naufrage ou la démolition du moyen de transport pris par l'assuré au moment de l'accident, il sera présumé, nonobstant toutes les autres conditions de la police, que l'assuré a subi une perte de vie résultant de blessures corporelles reçues dans un accident et couvertes aux termes de cette police.
- v **Prestations de désastre commun**
 - Si, suite à un « accident commun », l'assuré et son conjoint devaient perdre la vie en-deça d'un an suivant un tel « accident commun », les prestations de perte de vie de conjoint seront augmentées à un montant égal à 100 % du montant principal pour l'employé assuré.

Les prestations seront payables et également partagées entre les « enfants survivants » de l'employé assuré ou, dans le cas de tout enfant survivant d'âge mineur ou non compétent pour accorder une décharge valide, AIG-Vie pourra verser les prestations au gardien, fiduciaire ou à toute personne que AIG-Vie jugera équitablement en droit de recevoir ces prestations. Tout paiement effectué de bonne foi par AIG-Vie, aux termes de cette provision, libère AIG-Vie de toute obligation concernant ce paiement.

DÉTAILS RELATIFS À LA MA&M

- Par « accident commun » s'entend le même accident ou des accidents séparés survenant au cours d'une même période de 24 heures.
- Par « enfants survivants » s'entend les enfants à charge de l'employé assuré, tel que défini sous « personnes à charge admissibles », en autant que ces enfants survivent l'employé assuré et le conjoint de l'employé assuré pour une période d'au moins 24 heures.
- v **Continuation de la garantie**
 - Advenant une mise à pied temporaire, une absence temporaire du travail suite à une invalidité de courte durée, un congé ou un congé de maternité, la garantie pourra être prolongée de 12 mois, sur paiement des primes.
 - Aucune prestation ne sera payée si la perte se produit lors de l'exécution de travaux professionnels pendant l'un des congés cités.
- v **Privilège de conversion**
 - À la date de cessation d'emploi ou au cours des 31 jours suivant la cessation d'emploi, l'assuré peut convertir son assurance en police d'assurance personnelle AIG-Vie. La police personnelle entrera en vigueur soit à la date de réception de la demande par AIG-Vie, soit à la date de cessation de protection sous la police collective, selon la dernière éventualité. La prime sera la même qu'une personne paierait normalement pour une police personnelle à ce moment. La demande de conversion à une police personnelle peut être faite à tout bureau AIG-Vie. Le montant de l'assurance ne peut pas dépasser le montant accordé pendant l'emploi, jusqu'à concurrence de 200 000 \$ pour toutes les polices combinées.
- v **Prestations pour garderie**
 - Si un employé perd la vie dans un accident couvert, AIG-Vie versera, en plus des autres prestations payables aux termes de la police, une prestation pour garderie équivalent aux dépenses raisonnables et nécessaires réellement encourues, selon le moindre de 5 % du montant principal ou d'un maximum de 5000 \$ par an, au nom de tout enfant à charge de l'assuré, inscrit dans une garderie légalement enregistrée, à la date de l'accident, ou qui est inscrit dans une telle garderie dans les 365 jours suivant la date de l'accident.
 - Cette prestation sera payée chaque année pendant quatre années consécutives, sur réception d'une preuve satisfaisante de l'inscription de l'enfant.
 - Les enfants à charge doivent être âgés de 12 ans ou moins.

DÉTAILS RELATIFS À LA MA&M

- ▼ **Prestation de famille étendue**
Garantie de famille seulement
 - ▼ **Prestations de transport pour la famille**
 - ▼ **Modification du foyer et du véhicule**
- Si un employé perd la vie dans un accident assuré, l'assurance pourra être étendue au conjoint et aux enfants à charge, pour un maximum de six mois, avec paiement des primes.
 - Si, suite à des blessures, un employé assuré doit séjourner dans un hôpital situé à plus de 150 km de la ville de résidence permanente de l'assuré, ou hors du Canada, et requiert l'aide personnelle d'un membre de la famille immédiate de l'assuré, sur recommandation écrite du médecin pratiquant, AIG-Vie défraiera les dépenses encourues par le membre de la famille pour son transport par la voie la plus directe, par transporteur en commun licencié, jusqu'à l'assuré incapacité, jusqu'à concurrence de 15 000 \$.

Par « membre de la famille immédiate » s'entend le conjoint légal ou en droit commun, les parents, les grands-parents, les enfants de plus de 18 ans, le frère ou la sœur de l'assuré.
 - Si un assuré subit une blessure assurée, exception faite de la perte de vie, et que cette blessure résulte en l'usage subséquent d'un fauteuil roulant, AIG-Vie défraiera les coûts raisonnables et nécessaires réellement encourus dans les 365 jours suivant la date de l'accident pour :
 1. le coût unique des modifications apportées à la résidence principale pour la rendre accessible et habitable par fauteuil roulant; et
 2. le coût unique des modifications nécessaires à un véhicule motorisé utilisé par l'assuré pour le rendre accessible et manoeuvrable.
 - Ces prestations ne seront pas payables à moins que :
 - (i) les modifications à la maison soient effectuées par une ou des personnes d'expérience dans le domaine et recommandées par une organisation reconnue, offrant aide et soutien aux utilisateurs de fauteuils roulants; et
 - (ii) les modifications au véhicule soient effectuées par une ou des personnes d'expérience dans le domaine et que les modifications soient approuvées par le bureau provincial d'immatriculation des véhicules.
 - Le maximum payable au titre des articles 1. et 2. combinés ne dépassera pas 15 000 \$.

DÉTAILS RELATIFS À LA MA&M

- v **Prestations pour identification**
 - Advenant la perte de vie accidentelle d'un employé assuré en-deça de cent cinquante (150) kilomètres de son lieu normal de résidence et que l'identification du corps par un membre de sa famille immédiate ait été demandée par la police ou une agence semblable du gouvernement, AIG-Vie remboursera à ce membre, les dépenses raisonnables réellement encourues pour :
 - a) le transport par la voie la plus directe jusqu'à la ville où se trouve le corps; et
 - b) l'hébergement à l'hôtel dans cette ville, pour un séjour d'au plus trois (3) jours.
 - Le remboursement pour ces dépenses encourues est subordonné à l'indemnité de perte de vie accidentelle étant subséquemment payable conformément aux termes de cette police, suivant l'identification du corps comme étant celui de l'employé. Le montant payable maximal ne dépassera pas le montant cumulé de cinq milles dollars (5000 \$) pour de telles dépenses.
 - Aucun paiement ne sera accordé pour les repas et autres dépenses ordinaires de vie, déplacement ou vêtement, et le transport doit se faire dans un véhicule ou un appareil opéré sous licence pour le transport payant de passagers.
 - Les prestations payables au titre de cette section seront limitées à une (1) police, advenant qu'un tel avantage se trouve dans deux (2) polices ou plus, émises au nom du détenteur de la police, par la compagnie.

- v **Prestations de réhabilitation**
 - Si AIG-Vie effectue un paiement pour des blessures au titre de ce régime, exclusion faite de la perte de vie. AIG-Vie défraiera aussi :

les dépenses raisonnables et nécessaires réellement encourues, jusqu'à concurrence de 15 000 \$, pour la formation spéciale de la personne assurée, en autant que:

 - (a) la formation soit requise à cause des blessures et pour que l'assuré puisse occuper un poste qu'il n'aurait pas occupé si ce n'était de ces blessures;
 - (b) les dépenses soient encourues dans les deux ans suivant la date de l'accident;
 - (c) aucun paiement ne sera accordé pour les dépenses ordinaire de vie, déplacement ou vêtement.

DÉTAILS RELATIFS À LA MA&M

- v **Prestations de rapatriement**

 - Si les blessures couvertes par cette police se soldent par la perte de vie de l'assuré au-delà de 150 km de sa ville de résidence permanente et dans les 365 jours suivants la date de l'accident, AIG-Vie défraiera les dépenses réelles encourues pour la préparation du corps à l'enterrement et le transport du corps à la ville de résidence du décédé, jusqu'à concurrence de 15 000 \$.

- v **Prestations pour le port de la ceinture de sécurité**

 - Advenant que l'assuré subisse une blessure assurée résultant en un versement de prestation, le montant principal sera accru de dix pour cent (10 %) si, au moment de l'accident, l'assuré qui conduisait ou était passager dans le véhicule, portait correctement sa ceinture de sécurité et était détenteur d'un permis de conduire valide.
 - La preuve écrite de perte doit faire état d'une preuve évidente du port de la ceinture.
 - Par « véhicule » s'entend une voiture de tourisme, familiale, fourgonnette ou Jeep privée.
 - Par « ceinture de sécurité » s'entend les ceintures qui forment un dispositif de retenue des occupants.

- v **Prestations spéciales pour les enfants à charge**
Garantie de famille seulement

 - Une réclamation pour « mutilation » sera payée par AIG-Vie en accord avec le tableau suivant, même si le membre ou la partie du membre mutilé est rattachée et que le rattachement est réussi ou non.
 - Par montant principal (M.P.) pour l'enfant s'entend le pourcentage applicable du montant d'assurance de l'employé.

■ Les prestations maximales payables sont de 100 000 \$.	
Perte de vie	Montant principal pour l'enfant
Perte des deux mains	Quatre fois le M.P.
Perte des deux bras	Quatre fois le M.P.
Perte des deux jambes	Quatre fois le M.P.
Perte des deux pieds	Quatre fois le M.P.
Perte d'une main et d'un pied	Quatre fois le M.P.
Cécité totale des deux yeux	Quatre fois le M.P.
Perte de la parole et de l'ouïe	Quatre fois le M.P.
Quadruplégie	Quatre fois le M.P.
Perte d'un bras ou d'une jambe	Deux fois le M.P.
Perte de la parole ou de l'ouïe	Deux fois le M.P.
Paraplégie ou hémiplegie	Deux fois le M.P.
Perte d'une main	Montant principal pour l'enfant
Perte d'un pied	Montant principal pour l'enfant

DÉTAILS RELATIFS À LA MA&M

- v **Prestations spéciales pour l'éducation**
 - Advenant une perte de vie au cours d'un accident assuré, AIG-Vie versera, en plus de toutes les autres prestations payables au titre de la police, des « prestations spéciales pour l'éducation » équivalentes à 5 % du montant principal pour l'employé assuré (jusqu'à concurrence de 5000 \$) au nom de tout enfant à charge qui, à la date de l'accident, était inscrit comme étudiant à temps plein dans une institution d'éducation supérieure, de niveau supérieur à la 12^e ou 13^e année, ou qui était en 12^e ou 13^e année et s'est subséquemment inscrit dans une institution d'éducation supérieure dans les 365 jours suivant la date de l'accident.
 - Les prestations spéciales d'éducation sont payables chaque année, pour un maximum de quatre paiements annuels consécutifs, mais seulement si l'enfant à charge poursuit ses études en tant qu'étudiant à temps plein dans une institution d'éducation supérieure.

- v **Prestations de formation professionnelle pour le conjoint**
 - Si un paiement est effectué suite à une perte de vie, AIG-Vie défraiera aussi :
 - les dépenses réellement encourues dans les 365 jours suivant la date de l'accident, par le conjoint de l'assuré, pour un programme de formation professionnelle aux fins spécifiques de devenir admissible à un emploi actif dans un domaine pour lequel le conjoint ne possède normalement pas les qualifications requises.
 - Le montant maximal payable est de 15 000 \$

- v **Désistement des primes**
 - Si l'assuré est âgé de moins de 65 ans et devient complètement invalide (sur présentation annuelle à AIG-Vie d'une preuve satisfaisante d'invalidité totale), AIG-Vie se désistara du paiement des primes. Tenant compte des termes et des conditions de la police, exception faite de ce qui a trait au non-paiement des primes ou à la cessation de la police maîtresse, le désistement des primes sera maintenu jusqu'à ce que l'employé assuré atteigne 65 ans. Si l'employé assuré cesse d'être invalide et retourne à son travail chez le détenteur de la police et est membre d'une classe admissible, l'assurance pourra être continuée sur reprise du paiement des primes par l'employé assuré ou le détenteur de la police.

DÉTAILS RELATIFS À LA MA&M

- Par « invalidité totale » s'entend toute invalidité résultant d'un accident ou d'une maladie qui :
 1. empêche la poursuite de tout commerce ou profession et la performance de tout travail pour salaire ou profit; et
 2. a existé continuellement pour une période d'au moins douze (12) mois ou est conforme au désistement des primes aux termes de la police d'assurance-vie collective du détenteur de la police.
 - La perte causée par ou résultant d'un des points suivants n'est pas assurée :
 - (a) l'infliction intentionnelle de blessure, un suicide ou toute tentative de suicide, en état d'esprit sain ou de folie;
 - (b) une guerre déclarée ou non ou tout acte de guerre, sauf aux termes d'une assurance du risque de guerre;
 - (c) un accident se produisant alors que l'assuré est au service actif à temps plein dans les Forces armées d'un pays quelconque ou d'une organisation internationale (toute prime versée au cours d'un tel service actif à temps plein sera remboursée au pro-rata par AIG-Vie);
 - (d) un déplacement ou une envolée dans un véhicule ou appareil de navigation aérienne quelconque :
 - alors qu'il est utilisé à des fins expérimentales ou d'essai; ou
 - alors qu'il l'opère, apprend à l'opérer ou s'en sert en tant que membre d'équipage; ou
 - alors qu'il est opéré par, pour, ou sous la direction d'une autorité militaire, autre qu'un aéronef de transport opéré par la Direction du transport aérien des Forces armées canadiennes au service de tout autre pays; ou
 - qui est la propriété ou loué par ou au nom du détenteur de la police ou d'une filiale ou d'une division du détenteur de la police.
- ▼ **Exclusions**
- Vous pouvez changer votre bénéficiaire en tout temps, subordonné aux limites de la police ou de la loi.
- ▼ **Bénéficiaire**
- À l'âge de 70 ans, à la date de cessation d'emploi ou à la date de départ à la retraite, selon la première éventualité.
- ▼ **Résiliation des prestations**

ASSURANCE POUR L'EMPLOYÉ EN CAS DE MALADIE GRAVE (AMG)

Ce régime a été développé pour alléger une partie du stress et du fardeau financier associés à une maladie grave. L'assurance invalidité apporte une protection de revenu, mais n'offre pas d'aide suffisante pour les frais comme la convalescence, le changement de style de vie, la modification du foyer, les soins au foyer, le soin des personnes à charge, ni les frais médicaux non assurés par un régime collectif ou le gouvernement. En cas de **crise cardiaque, cancer, apoplexie, insuffisance rénale, chirurgie artério-coronarienne, cécité, paralysie, transplantation d'organe majeur ou sclérose en plaques**, l'assurance en cas de maladie grave peut vous verser un montant global équivalent à l'option choisie (subordonné à la clause de condition pré-existante). **Mon choix** offre les garanties suivantes.

	GARANTIE
Option 1	Aucune garantie
Option 2	5000 \$
Option 3	10 000 \$
Option 4	25 000 \$
Option 5	50 000 \$

Décisions :	Choisissez la garantie d'assurance en cas de maladie grave qui vous convient.
Faits fiscaux :	L'avantage n'est pas imposable (sauf au Québec).
Inscription des choix :	Choisissez la garantie à partir de la liste déroulante en sélectionnant Option 1, 2, 3, 4 ou 5. Mode de paiement : dollars à la carte, retenue salariale ou les deux.

DÉTAILS RELATIFS À L'AMG POUR L'EMPLOYÉ

Suit une description de certains éléments de l'assurance en cas de maladie grave. Si vous avez des questions concernant les garanties, communiquez avec le service des ressources humaines ou des avantages sociaux.

- ▼ **Preuve d'assurabilité** ■ Une preuve médicale de bonne santé n'est pas requise pour cette assurance. Voyez « Condition pré-existante » plus bas.

- ▼ **Définition des maladies assurées** ■ Cécité : perte totale et irréversible de la vue des deux yeux suite à une blessure ou une maladie. Le diagnostic doit être confirmé par écrit par un médecin spécialisé en ophtalmologie.
- Cancer : tumeur maligne caractérisée par la croissance et la dispersion non contrôlée de cellules malignes et l'invasion des tissus, confirmée par écrit par un médecin spécialisé en oncologie. Ceci englobe leucémie, maladie de Hodgkins et mélanome invasif, mais exclut toute autre forme de cancer non malin de la peau, le cacinome in situ, la maladie de Kaposi et les cancers liés au SIDA. Le cancer n'inclut pas le mélanome non invasif et dont la profondeur n'a pas dépassé 0,75 mm.
- Chirurgie artério-coronarienne : chirurgie à coeur ouvert exécutée par un médecin spécialisé en chirurgie cardiovasculaire, afin de rectifier le rétrécissement ou le blocage de deux artères coronariennes ou plus, mais faisant exclusion des techniques non chirurgicales comme l'angioplastie avec ballon, soulagement d'obstruction par laser ou autre technique non chirurgicale.
- Crise cardiaque : mort d'une partie du muscle cardiaque suite à une pénurie de sang, qui doit survenir avec douleurs à la poitrine et indiquer une réduction d'au moins 15 % dans le volume sanguin normal éjecté du ventricule gauche à chaque battement, de nouveaux changements électrocardiographiques et une hausse des niveaux d'enzymes cardiaques, le tout devant être confirmé par écrit par un médecin spécialisé en cardiologie.
- Insuffisance rénale : stage final d'une maladie rénale causée par une insuffisance chronique irréversible des deux reins, dont le fonctionnement exige que l'assuré subisse une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une transplantation rénale, le tout confirmé par écrit par un médecin spécialisé en néphrologie.
- Transplantation d'organe majeur : être le récipiendaire d'un coeur, d'un coeur et d'un poumon ou d'un pancréas transplanté, ou d'une transplantation de moëlle osseuse, exécutée par un médecin spécialisé dans le domaine.

DÉTAILS RELATIFS À L'AMG POUR L'EMPLOYÉ

- Sclérose en plaques : diagnostic écrit non équivoque par un médecin spécialisé en neurologie, confirmant des anomalies neurologiques persistantes de force au moins modérée, avec altération des fonctions, mais ne gardant pas nécessairement l'assuré dans un fauteuil roulant ou au lit.
 - Paralysie : la perte totale et irréversible de la fonction de deux membres ou plus suite à des dommages neurologiques causés par une blessure ou la maladie, confirmée par écrit par un médecin spécialisé en neurologie, en autant que la perte de fonction soit continue pendant 365 jours consécutifs et que ladite perte de fonction est établie par preuve de permanence satisfaisante pour AIG-Vie.
 - Apoplexie : incident cérébrovasculaire, exclusion faite d'une ischémie transitoire, produisant des séquelles neurologiques durant plus de vingt-quatre heures et incluant un infarctus du tissu cérébral, une hémorragie d'un vaisseau intracranien ou une embolie de source extracranienne. Il doit y avoir preuve de déficience neurologique permanente confirmée par écrit par un médecin spécialisé en neurologie.
- v **Modalités**
- En se basant sur la condition pré-existante décrite plus bas, AIG-Vie paiera à l'assuré le montant garanti :
 - s'il souffre d'une crise cardiaque, d'une apoplexie, d'une insuffisance rénale, de sclérose en plaques ou subit une chirurgie artério-coronarienne ou est récipiendaire d'un organe majeur transplanté ou devient aveugle et **survit 30 jours**;
 - souffre de paralysie et **survit 365 jours**;
 - **alors que l'assurance est en vigueur depuis 90 jours**, est diagnostiqué cancéreux et **survit une période additionnelle de 30 jours**.
- v **Paiement des prestations**
- Il n'y a aucune restriction d'usage de la garantie; vous pouvez l'utiliser au gré de vos besoins particuliers.
 - Si vous souffrez de plus d'une maladie assurée ou subissez plus d'une chirurgie, le montant ne sera payé qu'une fois.
- v **Condition pré-existante**
- Une maladie ou une blessure pour laquelle vous avez recherché ou reçu un conseil médical, une consultation, une enquête, un diagnostic ou pour laquelle un traitement a été requis ou recommandé par un médecin pratiquant licencié dans les 24 mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de votre assurance ou avant toute hausse d'assurance et qui cause, directement ou indirectement, l'avènement de la condition, dans les premiers 24 mois suivant la date d'assurance ou de hausse d'assurance.

DÉTAILS RELATIFS À L'AMG POUR L'EMPLOYÉ

- v **Totalement invalide**
 - Vous êtes considéré totalement invalide, au cours des 24 premiers mois où vous recevez les prestations, si vous ne pouvez exécuter aucune des tâches à votre poste. Par la suite, vous êtes considéré totalement invalide si vous ne pouvez exécuter aucune des tâches d'aucun poste pour lequel vous êtes raisonnablement qualifié par formation, éducation ou expérience.
- v **Désistement des primes**
 - Si vous êtes totalement invalide, il y aura désistement des primes jusqu'à ce que vous atteignez l'âge de 65 ans.
- v **Continuation de l'assurance**
 - Si vous êtes mis à pied temporairement, temporairement absent du travail suite à une invalidité de courte durée, en congé, en congé de maternité ou parental, la garantie sera prolongée de 12 mois suivant le début d'un tel événement, sur continuation du paiement des primes. Si vous assumez d'autres tâches professionnelles pendant le congé ou la mise à pied, aucune prestation ne sera versée pour une condition soufferte ou se produisant dans le cours de la performance de ces autres tâches.
- v **Exclusions**
 - Conditions causées directement ou indirectement ou résultant de l'infliction intentionnelle de blessure, un suicide ou toute tentative de suicide, en état d'esprit sain ou de folie;
 - guerre déclarée ou non ou tout acte de guerre;
 - blessure ou maladie autre que celles couvertes par l'assurance, même si la maladie ou la blessure a pu être aggravée par l'une de celles couvertes par l'assurance;
 - cancer de la peau non malin, carcinome in situ, sarcome de Kaposi et cancers liés au SIDA; complication d'une infection par un virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou toute variante dont le SIDA et le complexe lié au SIDA;
 - usage, existence ou dissipation d'armes ou de matières nucléaires ou d'irradiation ionisante, ou contamination par radioactivité, provenant de carburant ou déchet nucléaire obtenu par combustion de carburant nucléaire;
 - perpétration ou tentative de perpétration par l'assuré de tout acte qui, si jugé par la cour, serait illégal selon les lois de la juridiction où l'acte serait perpétré.
- v **Résiliation des prestations**
 - Au départ à la retraite ou 65 ans, selon la première éventualité.

ASSURANCE POUR LE CONJOINT EN CAS DE MALADIE GRAVE

Suit une description de certains éléments de l'assurance en cas de maladie grave pour le conjoint. Si vous avez des questions concernant les garanties, communiquez avec le service des ressources humaines ou des avantages sociaux.

	GARANTIE
Option 1	Aucune garantie
Option 2	5000 \$
Option 3	10 000 \$
Option 4	25 000 \$
Option 5	50 000 \$

Décisions :	Choisissez la garantie d'assurance en cas de maladie grave qui convient pour votre conjoint.
Faits fiscaux :	L'avantage n'est pas imposable (sauf au Québec).
Inscription des choix :	Choisissez la garantie à partir de la liste déroulante en sélectionnant Option 1, 2, 3, 4 ou 5. Mode de paiement : dollars à la carte, retenue salariale ou les deux.

DÉTAILS RELATIFS À L'AMG POUR LE CONJOINT

Suit une description de certains éléments de l'assurance en cas de maladie grave pour le conjoint. Si vous avez des questions concernant les garanties, communiquez avec le service des ressources humaines ou des avantages sociaux.

- v **Preuve d'assurabilité** ■ Une preuve médicale de bonne santé n'est pas requise pour cette assurance. Voyez « Condition pré-existante » plus bas.
- v **Définition des maladies assurées** ■ Cécité : perte totale et irréversible de la vue des deux yeux suite à une blessure ou une maladie. Le diagnostic doit être confirmé par écrit par un médecin spécialisé en ophtalmologie.
 - Cancer : tumeur maligne caractérisée par la croissance et la dispersion non contrôlée de cellules malignes et l'invasion des tissus, confirmée par écrit par un médecin spécialisé en oncologie. Ceci englobe leucémie, maladie de Hodgkins et mélanome invasif, mais exclut toute autre forme de cancer non malin de la peau, le carcinome in situ, la maladie de Kaposi et les cancers liés au SIDA. Le cancer n'inclut pas le mélanome non invasif et dont la profondeur n'a pas dépassé 0,75 mm.
 - Chirurgie artério-coronarienne : chirurgie à coeur ouvert exécutée par un médecin spécialisé en chirurgie cardiovasculaire, afin de rectifier le rétrécissement ou le blocage de deux artères coronariennes ou plus, mais faisant exclusion des techniques non chirurgicales comme l'angioplastie avec ballon, soulagement d'obstruction par laser ou autre technique non chirurgicale.
 - Crise cardiaque : mort d'une partie du muscle cardiaque suite à une pénurie de sang, qui doit survenir avec douleurs à la poitrine et indiquer une réduction d'au moins 15 % dans le volume sanguin normal éjecté du ventricule gauche à chaque battement, de nouveaux changements électrocardiographiques et une hausse des niveaux d'enzymes cardiaques, le tout devant être confirmé par écrit par un médecin spécialisé en cardiologie.
 - Insuffisance rénale : stage final d'une maladie rénale causée par une insuffisance chronique irréversible des deux reins, dont le fonctionnement exige que l'assuré subisse une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une transplantation rénale, le tout confirmé par écrit par un médecin spécialisé en néphrologie.
 - Transplantation d'organe majeur : être le récipiendaire d'un coeur, d'un coeur et d'un poumon ou d'un pancréas transplanté, ou d'une transplantation de moëlle osseuse, exécutée par un médecin spécialisé dans le domaine.

DÉTAILS RELATIFS À L'AMG POUR LE CONJOINT

- Schlérose en plaques : diagnostic écrit non équivoque par un médecin spécialisé en neurologie, confirmant des anomalies neurologiques persistantes de force au moins modérée, avec altération des fonctions, mais ne gardant pas nécessairement l'assuré dans un fauteuil roulant ou au lit.
 - Paralysie : la perte totale et irréversible de la fonction de deux membres ou plus suite à des dommages neurologiques causés par une blessure ou la maladie, confirmée par écrit par un médecin spécialisé en neurologie, en autant que la perte de fonction soit continue pendant 365 jours consécutifs et que ladite perte de fonction est établie par preuve de permanence satisfaisante pour AIG-Vie.
 - Apoplexie : incident cérébrovasculaire, exclusion faite d'une ischémie transitoire, produisant des séquelles neurologiques durant plus de vingt-quatre heures et incluant un infarctus du tissu cérébral, une hémorragie d'un vaisseau intracranien ou une embolie de source extracranienne. Il doit y avoir preuve de déficience neurologique permanente confirmée par écrit par un médecin spécialisé en neurologie.
- v **Modalités**
- En se basant sur la condition pré-existante décrite plus bas, AIG-Vie paiera à l'assuré le montant garanti :
 - s'il souffre d'une crise cardiaque, d'une apoplexie, d'une insuffisance rénale, de sclérose en plaques ou subit une chirurgie artério-coronarienne ou est récipiendaire d'un organe majeur transplanté ou devient aveugle et **survit 30 jours**;
 - souffre de paralysie et **survit 365 jours**;
 - alors que l'assurance est en vigueur depuis 90 jours, est diagnostiqué cancéreux et survit une période additionnelle de 30 jours.
- v **Paiement des prestations**
- Il n'y a aucune restriction d'usage de la garantie; vous pouvez l'utiliser au gré de vos besoins particuliers.
 - Si vous souffrez de plus d'une maladie assurée ou subissez plus d'une chirurgie, le montant ne sera payé qu'une fois.
- v **Conditions pré-existantes**
- S'applique à toutes les options. Une maladie ou une blessure pour laquelle vous avez recherché ou reçu un conseil médical, une consultation, une enquête, un diagnostic ou pour laquelle un traitement a été requis ou recommandé par un médecin pratiquant licencié dans les 24 mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de votre assurance ou avant toute hausse d'assurance et qui cause, directement ou indirectement, l'avènement de la condition, dans les premiers 24 mois suivant la date d'assurance ou de hausse d'assurance.

DÉTAILS RELATIFS À L'AMG POUR LE CONJOINT

- v **Totalement invalide**
 - Vous êtes considéré totalement invalide, au cours des 24 premiers mois où vous recevez les prestations, si vous ne pouvez exécuter aucune des tâches à votre poste. Par la suite, vous êtes considéré totalement invalide si vous ne pouvez exécuter aucune des tâches d'aucun poste pour lequel vous êtes raisonnablement qualifié par formation, éducation ou expérience..
- v **Désistement des primes**
 - Si vous êtes totalement invalide et fournissez une preuve suffisante chaque année à AIG-Vie, il y aura désistement des primes jusqu'à ce que vous atteignez l'âge de 65 ans.
- v **Continuation del'assurance**
 - Si vous êtes mis à pied temporairement, temporairement absent du travail suite à une invalidité de courte durée, en congé, en congé de maternité ou parental, la garantie sera prolongée de 12 mois suivant le début d'un tel événement, sur continuation du paiement des primes. Si vous assumez d'autres tâches professionnelles pendant le congé ou la mise à pied, aucune prestation ne sera versée pour une condition soufferte ou se produisant dans le cours de la performance de ces autres tâches.
- v **Exclusions**
 - Conditions causées directement ou indirectement ou résultant de l'infliction intentionnelle de blessure, un suicide ou toute tentative de suicide, en état d'esprit sain ou de folie;
 - guerre déclarée ou non ou tout acte de guerre;
 - blessure ou maladie autre que celles couvertes par l'assurance, même si la maladie ou la blessure a pu être aggravée par l'une de celles couvertes par l'assurance;
 - cancer de la peau non malin, carcinome in situ, sarcome de Kaposi et cancers liés au SIDA; complication d'une infection par un virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou toute variance dont le SIDA et le complexe lié au SIDA;
 - usage, existence ou dissipation d'armes ou de matières nucléaires ou d'irradiation ionisante, ou contamination par radioactivité, provenant de carburant ou déchet nucléaire obtenu par combustion de carburant nucléaire;
 - perpétration ou tentative de perpétration par l'assuré de tout acte qui, si jugé par la cour, serait illégal selon les lois de la juridiction où l'acte serait perpétré.
- v **Résiliation des prestations**
 - Au départ à la retraite, à l'âge de 65 ans ou quand votre conjoint atteint l'âge de 65 ans, selon la première éventualité.

ALLOCATION DES DOLLARS À LA CARTE EXCÉDENTAIRES

Une fois les avantages choisis, vous pourrez choisir comment allouer vos dollars à la carte excédentaires. Si l'allocation de dollars à la carte est supérieure aux dollars à la carte totaux que vous utiliserez pour vos primes, vous pouvez allouer l'excédent à votre compte de dépenses pour services de la santé, réduire la retenue salariale ou une combinaison des deux.

Si vous décidez de réduire les retenues salariales, les avantages seront automatiquement calculés en fonction du montant choisi.

Le compte de dépenses pour services de la santé peut être utilisé ainsi :

Dépenses médicales ou dentaires que l'Agence des douanes et du revenu du Canada (ADRC) considère admissibles pour dépense médicale sur le rapport d'impôt de la personne.

Exemples :

- médicaments normalement couverts sous votre régime régulier (de même pour les médicaments non couverts par votre régime régulier) en autant qu'ils soient ordonnés par un médecin et dispensés par un pharmacien;
- dépenses pour soins dentaire normalement couverts sous votre régime régulier ainsi qu les autres dépenses comme les couronnes, les pontages et l'orthodontie, sans limite d'âge ni de fréquence (les frais dentaires doivent avoir un code de procédure dans le guide provincial);
- honoraires professionnels pour praticiens médicaux comme les acupuncteurs, les chiropraticiens ou les naturopathes;
- examens de la vue, lunettes, lentilles cornéennes, chirurgie laser pour les yeux et prothèses auditives;
- chambre privée à l'hôpital;
- prothèses et fournitures médicales;
- consultations psychiatriques ou psychologiques;
- soins infirmiers au foyer;
- soins de santé hors du pays suite à une urgence lors d'un voyage ou par référence d'un médecin;
- consultations nutritionnelles; et
- chirurgie cosmétique ou traitements par électrolyse.

Il peut aussi couvrir :

- les frais médicaux d'un membre de la famille financièrement à charge comme un parent, un frère, une soeur, même si cette personne n'est pas couverte sous un régime collectif (en autant que la personne soit déclarée personne à charge sur votre rapport d'impôts); ou
- la prime de votre conjoint pour son régime collectif ou la prime d'assurance-santé de voyage.

REMARQUE : L'ADRC demande que les comptes de dépenses soient utilisés de la façon prévue - pour défrayer les dépenses médicales admissibles. Les soldes non utilisés ne peuvent pas être retirés en espèces ni être utilisés à d'autres fins, et doivent être utilisés dans les 12 mois de leur prise de possession.

SOUMISSION DES RÉCLAMATIONS

Quand vous faites une réclamation

Si vous avez une réclamation pour soins médicaux, oculaires ou dentaires, prenez contact avec la succursale pour obtenir les formulaires Green Shield appropriés avec des directives; vous pouvez aussi imprimer les formulaires à partir de leur site Web, www.greenshield.ca. Pour toute autre réclamation, contactez le service des ressources humaines ou des avantages sociaux.

Pour un traitement rapide, toute réclamation doit porter les renseignements suivants :

- vos nom et adresse complets
- le nom de votre employeur
- votre numéro d'assurance sociale

Green Shield

Sans frais au Canada : 1-888-711-1119

Adresse pour la messagerie :

Green Shield Canada
8677 Anchor Drive
Windsor, Ontario N8N 5G1

Adresse postale :

Green Shield Canada
C. P. 1606
Windsor, Ontario N9A 6W1

Limites temporelles

Une réclamation pour prestations de revenu d'invalidité doit être soumise dans les 6 mois suivant la fin de la période d'admissibilité pour l'invalidité.

Une réclamation pour un désistement des primes doit être soumise dans les 12 mois suivant la date d'invalidité.

Les réclamations pour d'autres prestations doivent être faites dans les 12 mois de l'occurrence.

Advenant la terminaison de l'assurance, une réclamation doit être soumise dans les 90 jours suivant la date de terminaison de votre assurance, ou de la date suivant la terminaison de votre garantie ou de la police.

Le numéro de la police maîtresse de DHL est le 24004. Les assurances pour soins de santé, soins visuels et soins dentaires sont souscrites auprès de Green Shield Canada. Tous les autres avantages sont souscrits et administrés AIG.

Ces renseignements décrivent les avantages de l'assurance collective, sans créer ni conférer de droits contractuels. Advenant un conflit, la police d'assurance-vie collective, publiée par votre employeur, demeure le seul document irrévocable, conformément aux provisions prévues par la loi.