

MHI RJ AVIATION ULC

Catégorie 001
Cadres supérieurs

Catégorie 004
Cadres supérieurs - Retraités le
1er janvier 2017 et après (avec 5 ans de
service ou plus au moment de la retraite)

Catégorie 008
Cadres supérieurs – Expatriés

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

Titulaire du régime : **MHI RJ AVIATION ULC**

N° de police : **28770**

Prise d'effet de la police : **Le 1er juin 2020**

Le livret est fourni dans le but d'expliquer les garanties offertes en vertu de la police collective.

La possession de ce livret ne confère ni ne crée aucun droit contractuel. Tous les droits et obligations relatifs aux garanties offertes en vertu de la police collective seront régis uniquement par les clauses et les conditions de ladite police.

Le Titulaire de police se réserve le droit de modifier ou d'interrompre toute protection, y compris la protection pour les retraités, prévue par la police collective et de résilier la police collective dans son intégralité en tout temps à l'égard des Participants actifs (y compris ceux qui sont absents en raison d'une invalidité) et des Participants retraités après leur départ à la retraite.

De plus, le Titulaire de police se réserve le droit de modifier les exigences de contribution relativement aux protections offertes, y compris la protection pour les retraités, prévues par la police collective en tout temps à l'égard des Participants actifs (y compris ceux qui sont absents en raison d'une invalidité) et des Participants retraités après leur départ à la retraite.

Pour toute question relative au contenu de ce livret ou si de plus amples renseignements sont requis concernant les garanties, le Participant devrait communiquer avec son Employeur.

Ce livret peut également être consulté sur notre site sécurisé Espace client, accessible via ia.ca, si offert dans le cadre de votre régime. Pour toute question relative aux couvertures, communiquer avec iA Groupe financier au 1 877 422-6487.

iA Groupe financier est une marque de commerce et un autre nom sous lequel **l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.** exerce ses activités.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
TABLEAU SOMMAIRE	1
CONDITIONS GÉNÉRALES	51
ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT	73
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT	78
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE	80
ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE	84
ASSURANCE MÉDICAMENTS QUÉBEC	96
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE	100
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE	120
ASSURANCE SOINS DENTAIRES	129
COUVERTURE DU COMPTE DE GESTION SANTE	142
COUVERTURE DU COMPTE MIEUX-ÊTRE	148
COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION	154
COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT	155
PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	157
ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT	158
ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT	169
ASSURANCE COLLECTIVE ACCIDENT VOYAGES D'AFFAIRES	180
ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE	186

TABLEAU SOMMAIRE

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

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

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Dans ce livret, le masculin inclut le féminin, sauf si le contexte s'y oppose. De plus, le singulier inclut le pluriel, lorsque requis.

Les Participants sont assurés selon les catégories ci-dessous :

Catégories

- 001 – Cadres supérieurs
- 004 – Cadres supérieurs retraités le 1er janvier 2017 et après (avec 5 ans de service ou plus au moment de la retraite)
- 008 – Cadres supérieurs – Expatriés

Un Employé expatrié n'est pas couvert pour les garanties Assurance médicaments Québec, Assurance maladie complémentaire et Assurance soins dentaires.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

RÈGLES D'ADHÉSION

Les options et statut par défaut pour les Participants Effectivement au travail sont les suivants :

Assurance invalidité de longue durée : Option 1

Assurance maladie complémentaire : Option Souplesse

Assurance soins dentaires : Option Souplesse

Statut familial : Individuel

Crédits flexibles : CGS

Le Participant peut renoncer à l'Assurance maladie complémentaire et à l'Assurance soins dentaires. Toutefois, pour pouvoir renoncer à l'Assurance maladie complémentaire, le Participant doit obligatoirement être couvert par une assurance comparable détenue par son Conjoint.

RÈGLES DE RÉADHÉSION

- La période de réadhésion annuelle a lieu le 1^{er} janvier de chaque année, à compter du 1er janvier 2021 et à chaque année par la suite.
- Le statut familial du Participant peut être différent en Assurance maladie complémentaire et en Assurance soins dentaires et ce dernier peut être modifié lors de chaque réadhésion.
- Les choix d'options sont indépendants pour toutes les garanties.
- Le Participant Effectivement au travail peut modifier ses options pour des options plus avantageuses pour chacune des garanties à chaque période de réadhésion. Cependant, des preuves d'assurabilité sont nécessaires pour obtenir de l'assurance vie facultative pour le Participant ou le Conjoint, ou pour sélectionner un plus haut pourcentage de remplacement du revenu pour l'Assurance invalidité de longue durée.
- Pour les garanties Assurance maladie complémentaire et Assurance soins dentaires, les options Confort et Sérénité doivent être conservées pendant deux ans avant de changer pour des options moins avantageuses.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

RÈGLES DE RÉADHÉSION (suite)

- Lors de la réadhésion annuelle, le Participant qui ne fait pas de nouveaux choix conserve les protections et les choix en vigueur le Jour précédent.

ÉVÈNEMENTS DE VIE

Le Participant peut changer d'option et de statut familial sans restriction entre deux périodes de réadhésion, si la demande est faite dans les 60 Jours d'un changement de situation familiale tel que :

- Changement de statut matrimonial
- Naissance ou adoption d'un premier Enfant à charge
- Fin de l'admissibilité du dernier Enfant à charge
- Changement pour le Conjoint à l'admissibilité d'un programme de protection par son Employeur
- Décès du Conjoint
- Retour aux études à temps plein dans une institution d'enseignement agréée d'un des Enfants de plus de 22 ans mais de moins de 26 ans alors qu'il n'y avait plus d'Enfants admissibles

INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Un Participant en invalidité de longue durée ne pourra être couvert qu'en vertu de l'option Confort pour les garanties Assurance maladie complémentaire et Assurance soins dentaires.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

CONDITIONS GÉNÉRALES

DATE D'ADMISSIBILITÉ

Un **Employé permanent à temps plein ou à temps partiel** devient admissible à la plus tardive des dates suivantes, sous réserve de toutes les modalités et conditions énoncées dans la police collective :

- a) le 1er juin 2020, s'il est alors un Employé;
- ou
- b) dès le premier Jour de travail auprès de l'Employeur.

Un **Retraité** devient admissible à la plus tardive des dates suivantes, sous réserve de toutes les modalités et conditions énoncées dans la police collective :

- a) le 1er juin 2020, s'il a obtenu le statut de Retraité auprès du Titulaire de la police;
- ou
- b) dès le Jour où il obtient le statut de Retraité auprès du Titulaire de la police.

PÉRIODE D'ADMISSIBILITÉ

Telle que précisée à la date d'admissibilité ci-dessus.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

Catégories : 001, 004, 008

Capital assuré

Catégories 001, 008 :

2 fois le Revenu annuel, le résultat étant arrondi au 1 000 \$ suivant, s'il ne s'agit pas déjà d'un multiple de 1 000 \$.

Maximum : 760 000 \$ sans preuves d'assurabilité
ou
1 650 000 \$ avec preuves d'assurabilité.

Catégorie 004 :

60 % du Revenu annuel en vigueur immédiatement avant la retraite, le résultat étant arrondi au 100 \$ suivant, jusqu'à un maximum de 100 000 \$ ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ *Le Participant peut renoncer en tout temps à cette garantie. La décision est irrévocable.*

Maximum :

Si le capital assuré, au moment de la retraite d'un Participant des catégories 001 et 008, est inférieur ou égal au maximum sans preuves d'assurabilité, soit 760 000 \$, le capital assuré maximum à la retraite est de 400 000 \$.

Si le capital assuré, au moment de la retraite d'un Participant des catégories 001 et 008, est supérieur au maximum sans preuves d'assurabilité, soit 760 000 \$, mais inférieur ou égal au maximum avec preuves d'assurabilité, soit 1 650 000 \$ le capital assuré maximum à la retraite est de 600 000 \$.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT (suite)

Catégories : 001, 004, 008

Réductions, Exclusions et Restrictions :

Catégories 001, 008 :

Le capital assuré est réduit de 75 % au 70e anniversaire de naissance du Participant, jusqu'à un maximum de 100 000 \$.

Cette garantie et tout capital assuré en découlant sont assujettis à toutes les réductions, exclusions et restrictions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Catégorie 004 :

Le capital assuré est réduit à 15 000 \$ au 70e anniversaire de naissance du Participant.

Cette garantie et tout capital assuré en découlant sont assujettis à toutes autres réductions, exclusions et restrictions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Cessation :

Catégories 001, 008 :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine à la retraite du Participant ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Au départ à la retraite, le Participant qui compte un minimum de 5 ans de service est transféré à la catégorie 004.

Catégorie 004 :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au décès du Participant ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Catégories : 001, 008

Capital assuré

Tranches de 5 000 \$

Maximum ⁽¹⁾ : 40 000 \$ sans preuves d'assurabilité
ou
5 fois le Revenu annuel, sans excéder 1 650 000 \$, avec
preuves d'assurabilité

⁽¹⁾ Le montant combiné d'assurance vie de base et d'assurance vie facultative du Participant ne peut excéder 1 650 000 \$.

Réductions, Exclusions et Restrictions :

Un Participant peut obtenir le maximum sans preuves d'assurabilité si la demande est faite dans les 31 Jours de son adhésion initiale.

En tout autre temps, des preuves d'assurabilité sont requises pour tous les montants d'assurance vie facultative et sont assujettis à ce que l'assureur reçoive toutes les preuves exigées et donne Acceptation des preuves d'assurabilité conformément à toutes les modalités et conditions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Cette garantie et tout capital assuré en découlant sont assujettis à toutes autres réductions, exclusions et restrictions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants : le 70e anniversaire de naissance du Participant, ou à la date de sa retraite, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE

Catégories : 001, 008

Capital assuré

Conjoint :	Tranches de 5 000 \$ Maximum ⁽¹⁾ : 40 000 \$ sans preuves d'assurabilité ou 400 000 \$ avec preuves d'assurabilité
Chaque Enfant dès la naissance vivante :	Tranches de 5 000 \$ Maximum ⁽²⁾ : 50 000 \$

Réductions, Exclusions et Restrictions :

- ⁽¹⁾ Le maximum sans preuves d'assurabilité ne peut être obtenu que si la demande est faite dans les 31 Jours de la date d'admissibilité initiale du Participant, de la date de mariage du Participant, de la date d'anniversaire de cohabitation du Participant avec un conjoint de fait ou dans les 31 Jours de la date de naissance ou d'adoption d'un Enfant.
- ⁽²⁾ Aucune preuve d'assurabilité n'est requise pour l'assurance vie facultative des Enfants.

En tout autre temps et pour tout autre montant d'assurance vie facultative, des preuves d'assurabilité sont requises et ces montants sont assujettis à ce que l'assureur reçoive toutes les preuves exigées et donne Acceptation des preuves d'assurabilité conformément à toutes les modalités et conditions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Cette garantie et tout capital assuré en découlant sont assujettis à toutes autres réductions, exclusions et restrictions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE (suite)

Catégories : 001, 008

Cessation :

Pour le Conjoint, l'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants : le 70e anniversaire de naissance du Participant, ou à la date de la retraite du Participant, ou le 70e anniversaire de naissance du Conjoint, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Pour chaque Enfant, l'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants : le 70e anniversaire de naissance du Participant, ou à la date de la retraite du Participant, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

OPTION 1

Catégories : 001, 008

Prestation d'invalidité de longue durée

60 % du Revenu mensuel, le résultat étant arrondi au dollar suivant, s'il ne s'agit pas déjà d'un multiple de 1 \$.

Maximum mensuel :

10 600 \$ sans preuves d'assurabilité ⁽¹⁾

ou

17 000 \$ avec preuves d'assurabilité ⁽¹⁾

⁽¹⁾ *Sous réserve de toutes réductions applicables*

Toutefois, le maximum global ne peut excéder 80 % du Revenu brut mensuel avant l'Invalidité totale.

**Réductions,
Exclusions et
Restrictions :**

Cette garantie et toute prestation payable en découlant sont assujetties à toutes les réductions, exclusions et restrictions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Délai de carence : 26 semaines

Si des prestations d'invalidité de longue durée sont approuvées, le paiement des prestations débutera après la fin de la période maximale du paiement des prestations prévue en vertu de la garantie Assurance invalidité de courte durée, si cette garantie fait partie de la police collective.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

OPTION 1 (suite)

Catégories : 001, 008

Période maximale du paiement des prestations : Jusqu'au 65e anniversaire de naissance du Participant

Taux maximum d'ajustement au coût de la vie : Sans objet

Les paiements de prestations sont imposables.

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des événements suivants : le 65e anniversaire de naissance du Participant, ou à la date de sa retraite, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

OPTION 2

Catégories : 001, 008

Prestation d'invalidité de longue durée

70 % du Revenu mensuel, le résultat étant arrondi au dollar suivant, s'il ne s'agit pas déjà d'un multiple de 1 \$.

Maximum mensuel :

10 600 \$ sans preuves d'assurabilité ⁽¹⁾
ou
17 000 \$ avec preuves d'assurabilité ⁽¹⁾

⁽¹⁾ *Sous réserve de toutes réductions applicables*

Toutefois, le maximum global ne peut excéder 80 % du Revenu brut mensuel avant l'Invalidité totale.

**Réductions,
Exclusions et
Restrictions :** Cette garantie et toute prestation payable en découlant sont assujetties à toutes les réductions, exclusions et restrictions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Délai de carence : 26 semaines

Si des prestations d'invalidité de longue durée sont approuvées, le paiement des prestations débutera après la fin de la période maximale du paiement des prestations prévue en vertu de la garantie Assurance invalidité de courte durée, si cette garantie fait partie de la police collective.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

OPTION 2 (suite)

Catégories : 001, 008

Période maximale du paiement des prestations : Jusqu'au 65e anniversaire de naissance du Participant

Taux maximum d'ajustement au coût de la vie : Sans objet

Les paiements de prestations sont imposables.

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des événements suivants : le 65e anniversaire de naissance du Participant, ou à la date de sa retraite, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

OPTION 3

Catégories : 001, 008

Prestation d'invalidité de longue durée

70 % du Revenu mensuel, le résultat étant arrondi au dollar suivant, s'il ne s'agit pas déjà d'un multiple de 1 \$.

Maximum mensuel :

10 600 \$ sans preuves d'assurabilité ⁽¹⁾

ou

17 000 \$ avec preuves d'assurabilité ⁽¹⁾

⁽¹⁾ *Sous réserve de toutes réductions applicables*

Toutefois, le maximum global ne peut excéder 80 % du Revenu brut mensuel avant l'Invalidité totale.

Réductions, Exclusions et Restrictions : Cette garantie et toute prestation payable en découlant sont assujetties à toutes les réductions, exclusions et restrictions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Délai de carence : 26 semaines

Si des prestations d'invalidité de longue durée sont approuvées, le paiement des prestations débutera après la fin de la période maximale du paiement des prestations prévue en vertu de la garantie Assurance invalidité de courte durée, si cette garantie fait partie de la police collective.

Période maximale du paiement des prestations : Jusqu'au 65^e anniversaire de naissance du Participant

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

OPTION 3 (suite)

Catégories : 001, 008

Taux maximum d'ajustement au coût de la vie : Est égal au moindre de :

- a) l'augmentation de l'indice canadien des prix à la consommation; et
- b) 3 %

Les paiements de prestations sont imposables.

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des événements suivants : le 65e anniversaire de naissance du Participant, ou à la date de sa retraite, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MÉDICAMENTS QUÉBEC

(Addendum à l'Assurance maladie complémentaire applicable aux résidents du Québec seulement)

**(médicaments admissibles selon la liste de la
Régie de l'assurance maladie du Québec)**

Catégories : 001, 004

Contribution maximale d'un Participant et de son Conjoint au cours d'une
Année civile :

Telle que stipulée en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments* (L.R.Q.,
chapitre A-29.01).

La Contribution maximale du Participant comprendra également toutes les
sommés que celui-ci paie à titre de Franchise ou de Coassurance pour ses
Enfants à charge, le cas échéant.

Franchise :

Telle que prévue à la garantie Assurance maladie complémentaire, sous
réserve de tout maximum prévu par la *Loi sur l'assurance médicaments*.

Remboursement par l'assureur :

Tel que prévu à la garantie Assurance maladie complémentaire. Si toutefois
le pourcentage du Remboursement est inférieur à celui prévu par la *Loi sur
l'assurance médicaments*, celui-ci sera ajusté conformément au pourcentage
minimal de Remboursement permis.

Si la Contribution maximale est atteinte par le Participant ou par son Conjoint
durant une Année civile, le pourcentage du Remboursement sera de 100 %
pour le reste de l'Année civile pour cette personne et pour ses Enfants à
charge, le cas échéant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MÉDICAMENTS QUÉBEC (suite)

(Addendum à l'Assurance maladie complémentaire applicable aux résidents du Québec seulement)

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

Catégories : 001, 004

Réductions, Exclusions et Restrictions :

Cette garantie et toute prestation payable en découlant sont assujetties à toutes les réductions, exclusions et restrictions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Cessation :

Catégorie : 001

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants : à la date de la retraite du Participant, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective, sous réserve des Dispositions particulières pour les Personnes assurées de 65 ans et plus prévues dans la présente garantie.

Catégorie : 004

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants : à la date à laquelle le Participant cesse d'être un Résident à temps plein au Canada, ou le 65^e anniversaire de naissance du Participant; ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective, sous réserve des Dispositions particulières pour les Personnes assurées de 65 ans et plus prévues dans la présente garantie.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

OPTION EXEMPTION

Catégorie : 001, Participant seulement

FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE ENGAGÉS HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE et ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE (lors d'une absence pour raisons professionnelles seulement)

Franchise :	Remboursement :	Maximum par Personne assurée :
aucune	100 %	5 000 000 \$ à vie
		Durée de couverture par voyage :
		les premiers 90 Jours consécutifs du voyage

Réductions, Exclusions et Restrictions :

Cette garantie et toute prestation payable en découlant sont assujetties à toutes les réductions, exclusions et restrictions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine à la date de la retraite du Participant ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION SOUPLESSE

Catégorie : 001

HOSPITALISATION DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Franchise :	Remboursement :	Maximum quotidien :
aucune	100 %	tarif d'une chambre semi-privée

FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE ENGAGÉS HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE et ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

Franchise :	Remboursement :	Maximum par Personne assurée :
aucune	100 %	5 000 000 \$ à vie
		Durée de couverture par voyage :
		les premiers 90 Jours consécutifs du voyage

MÉDICAMENTS

Franchise :	1 000 \$ par adulte ⁽¹⁾
Remboursement :	100 % ⁽²⁾
Maximum :	Illimité

⁽¹⁾ La franchise du Participant comprend également les sommes payées à titre de franchise pour ses Enfants à charge, le cas échéant.

⁽²⁾ Substitution générique obligatoire : Si le médicament est un médicament d'origine qui possède un équivalent générique, le montant remboursable sera fondé sur le coût du médicament substituable le moins cher, le cas échéant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION SOUPLESSE (suite)

Catégorie : 001

TOUS LES AUTRES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA

Franchise : aucune

Remboursement

-Traitement pour la toxicomanie, l'alcoolisme ou la dépendance au jeu : 100 %

-Soins de réadaptation et de convalescence : 100 %

-Tous les autres frais couverts : 70 %

Maximum : Illimité

Réductions, Exclusions et Restrictions :

Cette garantie et toute prestation payable en découlant sont assujetties à toutes les réductions, exclusions et restrictions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants : à la date de la retraite du Participant, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION SOUPLÉSSE (suite)

Catégorie : 001

Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums payables par Personne assurée</u>
Tous les frais couverts en vertu de l'article «Frais médicaux engagés au Canada» de la garantie Assurance maladie complémentaire, autres que ceux indiqués ci-après	Illimité.
Auxiliaires anti-tabagisme	Ces frais sont remboursés selon les paramètres de la <i>Régie de l'assurance-maladie du Québec</i> .
Médicaments contre la dépendance	1 000 \$ à vie.
Médicaments pour le traitement de la fertilité ou de l'infertilité	Ces frais sont remboursés selon les paramètres de la <i>Régie de l'assurance-maladie du Québec</i> .
Vaccins, y compris les vaccins de nature préventive (<i>excluant l'administration</i>)	500 \$ par Année civile.
Honoraires d'infirmiers	25 000 \$ par période de 3 Années civiles consécutives.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION SOUPLESSE (suite)

Catégorie : 001

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums payables par Personne assurée</u>
Honoraires de médecins pour attestations médicales pour invalidité	Illimité. <i>Ces frais sont remboursés à compter de la deuxième attestation, pour le Participant seulement.</i>
Service ambulancier professionnel	Illimité.
Séjour dans un établissement de soins de santé autorisé à fournir des soins de réadaptation ou de convalescence	40 \$ par Jour. Maximum combiné de 180 Jours par période d'Hospitalisation attribuable à la même cause.
Équipement et matériel médical	Illimité.
Appareils de contrôle liés au diabète	Un appareil par période de 24 mois consécutifs.
Bras, main et pied artificiels (<i>y compris les réparations et les remplacements</i>)	Illimité pour les Personnes assurées de moins de 16 ans et une prothèse de chaque type à vie pour les Personnes assurées de 16 ans et plus.
Prothèses oculaires	Une prothèse à vie.
Tensiomètres	Un appareil à vie.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION SOUPLESSE (suite)

Catégorie : 001

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums payables par Personne assurée</u>
Prothèses mammaires et soutiens-gorge chirurgicaux	Maximum combiné de 250 \$ par période de 24 mois consécutifs.
Bas élastiques médicaux (<i>de 15mmHg et plus</i>)	Une paire par Année civile.
Chaussures orthopédiques	Ces frais ne sont pas couverts.
Orthèses podiatriques (<i>moulées sur commande</i>), modifications aux chaussures conventionnelles et orthopédiques et supports plantaires	Ces frais ne sont pas couverts.
Stérilets	Un par période de 3 Années civiles consécutives.
Diaphragmes	Un par Année civile.
Lunettes, lentilles cornéennes ou lentilles intraoculaires à la suite d'une chirurgie de la cataracte	200 \$ par œil à vie.
Examens de laboratoire à des fins de diagnostic, radiographies pour colonoscopie, frais d'examen pour colonoscopie et services d'imagerie médicale	Maximum combiné de 300 \$ par Année civile.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION SOUPLESSE (suite)

Catégorie : 001

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums payables par Personne assurée</u>
Prothèses capillaires (<i>requisites suite à un traitement de chimiothérapie</i>)	300 \$ à vie.
Injections sclérosantes (<i>excluant l'administration</i>)	30 \$ par visite.
Soins dentaires suite à une blessure accidentelle	Illimité.
Prothèses auditives ou autres dispositifs connexes	550 \$ par Année civile.
Traitement pour la toxicomanie, l'alcoolisme et la dépendance au jeu	1 500 \$ à vie (<i>Participant seulement</i>).
Examens de la vue	Ces frais ne sont pas couverts.
Lunettes (<i>verres correcteurs et monture, y compris les lunettes de soleil et de sécurité</i>) et lentilles cornéennes ou chirurgie correctrice au laser ainsi que les lunettes ou lentilles cornéennes à la suite d'un traitement pour kératocône	Ces frais ne sont pas couverts.
Chirurgie esthétique à la suite d'un Accident	Illimité.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION SOUPLESSE (suite)

Catégorie : 001

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums payables par Personne assurée</u>
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants : Thérapeute en réadaptation physique, Physiothérapeute et Ergothérapeute	Maximum combiné de 250 \$ par Année civile. Un traitement par Jour.
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants : Psychologue, Psychothérapeute (<i>y compris les frais engagés pour les évaluations psychologiques</i>), Travailleur social, Psychométricien, Thérapeute familial, Conseiller matrimonial, Conseiller clinicien et Conseiller en orientation	<u>Participant :</u> Maximum combiné de 1 000 \$ par Année civile. Un traitement par Jour. <u>Personne à charge :</u> Maximum combiné de 600 \$ par Année civile. Un traitement par Jour.
Frais de radiographies faites par le praticien de soins paramédicaux suivant : Chiropraticien	Ces frais ne sont pas couverts.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION CONFORT

Catégorie : 001

HOSPITALISATION DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Franchise :	Remboursement :	Maximum quotidien :
aucune	100 %	tarif d'une chambre semi-privée

FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE ENGAGÉS HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE et ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

Franchise :	Remboursement :	Maximum par Personne assurée :
aucune	100 %	5 000 000 \$ à vie
		Durée de couverture par voyage :
		les premiers 90 Jours consécutifs du voyage

MÉDICAMENTS

Franchise :	6 \$ par médicament prescrit ou par renouvellement de médicament ⁽¹⁾
Remboursement :	80 % ⁽¹⁾⁽²⁾
Maximum :	Illimité

⁽¹⁾ La Contribution maximale annuelle pour tous les médicaments couverts en vertu de la police collective est de 1 000 \$ par adulte (les sommes payées à titre de Franchise et de coassurance pour les Enfants à charge sont incluses dans la Contribution maximale annuelle du Participant). Lorsque ce maximum est atteint, les médicaments sont remboursés à 100 %.

⁽²⁾ Substitution générique obligatoire : Si le médicament est un médicament d'origine qui possède un équivalent générique, le montant remboursable sera fondé sur le coût du médicament substituable le moins cher, le cas échéant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION CONFORT (suite)

Catégorie : 001

TOUS LES AUTRES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA

Franchise : aucune

Remboursement

-Traitement pour la toxicomanie, l'alcoolisme et la dépendance au jeu : 100 %

-Soins de réadaptation et de convalescence : 100 %

-Tous les autres frais couverts : 80 %

Maximum : Illimité

Réductions, Exclusions et Restrictions :

Cette garantie et toute prestation payable en découlant sont assujetties à toutes les réductions, exclusions et restrictions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des événements suivants : à la date de la retraite du Participant, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION CONFORT (suite)

Catégorie : 001

Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums payables par Personne assurée</u>
Tous les frais couverts en vertu de l'article «Frais médicaux engagés au Canada» de la garantie Assurance maladie complémentaire, autres que ceux indiqués ci-après	Illimité.
Auxiliaires anti-tabagisme	Ces frais sont remboursés selon les paramètres de la <i>Régie de l'assurance-maladie du Québec</i> .
Médicaments contre la dépendance	1 000 \$ à vie.
Médicaments pour le traitement de la fertilité ou de l'infertilité	Ces frais sont remboursés selon les paramètres de la <i>Régie de l'assurance-maladie du Québec</i> .
Vaccins, y compris les vaccins de nature préventive (<i>excluant l'administration</i>)	500 \$ par Année civile.
Honoraires d'infirmiers	25 000 \$ par période de 3 Années civiles consécutives.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION CONFORT (suite)

Catégorie : 001

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums payables par Personne assurée</u>
Honoraires de médecins pour attestations médicales pour invalidité	Illimité. <i>Ces frais sont remboursés à compter de la deuxième attestation, pour le Participant seulement.</i>
Service ambulancier professionnel	Illimité.
Séjour dans un établissement de soins de santé autorisé à fournir des soins de réadaptation ou de convalescence	40 \$ par Jour. Maximum combiné de 180 Jours par période d'Hospitalisation attribuable à la même cause.
Équipement et matériel médical	Illimité.
Appareils de contrôle liés au diabète	Un appareil par période de 24 mois consécutifs.
Bras, main et pied artificiels (<i>y compris les réparations et les remplacements</i>)	Illimité pour les Personnes assurées de moins de 16 ans et une prothèse de chaque type à vie pour les Personnes assurées de 16 ans et plus.
Prothèses oculaires	Une prothèse à vie.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION CONFORT (suite)

Catégorie : 001

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums payables par Personne assurée</u>
Tensiomètres	Un appareil à vie.
Prothèses mammaires et soutiens - gorge chirurgicaux	Maximum combiné de 250 \$ par période de 24 mois consécutifs.
Bas élastiques médicaux (<i>de 15mmHg et plus</i>)	Une paire par Année civile.
Chaussures orthopédiques (<i>personnalisées, fabriquées sur mesure ou moulées sur commande</i>)	Une paire par Année civile.
Orthèses podiatriques (<i>moulées sur commande</i>), modifications aux chaussures conventionnelles et orthopédiques et supports plantaires	Maximum combiné de 250 \$ par Année civile.
Stérilets	Un par période de 3 Années civiles consécutives.
Diaphragmes	Un par Année civile.
Lunettes, lentilles cornéennes ou lentilles intraoculaires à la suite d'une chirurgie de la cataracte	200 \$ par œil à vie.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION CONFORT (suite)

Catégorie : 001

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums payables par Personne assurée</u>
Examens de laboratoire et services d'imagerie médicale	Maximum combiné de 500 \$ par Année civile.
Prothèses capillaires (<i>requisites suite à un traitement de chimiothérapie</i>)	300 \$ à vie.
Injections sclérosantes (<i>excluant l'administration</i>)	30 \$ par visite.
Soins dentaires suite à une blessure accidentelle	Illimité.
Prothèses auditives ou autres dispositifs connexes	550 \$ par Année civile.
Traitement pour la toxicomanie, l'alcoolisme et la dépendance au jeu	1 500 \$ à vie (<i>Participant seulement</i>).
Examens de la vue	Un examen par Année civile.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION CONFORT (suite)

Catégorie : 001

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums payables par Personne assurée</u>
Lunettes (<i>verres correcteurs et monture, y compris les lunettes de soleil et de sécurité</i>) et lentilles cornéennes ou chirurgie correctrice au laser ainsi que les lunettes ou lentilles cornéennes à la suite d'un traitement pour kératocône	200 \$ par période de 24 mois consécutifs ou par période de 12 mois consécutifs pour un Enfant à charge de moins de 18 ans.
Chirurgie esthétique à la suite d'un Accident	Illimité.
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants : Thérapeute en réadaptation physique, Physiothérapeute et Ergothérapeute	Maximum combiné de 750 \$ par Année civile. Un traitement par Jour.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION CONFORT (suite)

Catégorie : 001

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums payables par Personne assurée</u>
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants : Psychologue, Psychothérapeute (<i>y compris les frais engagés pour les évaluations psychologiques</i>), Travailleur social, Psychométricien, Thérapeute familial, Conseiller matrimonial, Conseiller clinicien et Conseiller en orientation	<u>Participant :</u> Maximum combiné de 2 000 \$ par Année civile. Un traitement par Jour. <u>Personne à charge :</u> Maximum combiné de 1 200 \$ par Année civile. Un traitement par Jour.
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants : Orthophoniste, Audiologiste, Chiropraticien, Ostéopathe, Podiatre (<i>y compris les radiographies</i>), Acupuncteur et Diététiste	Maximum de 300 \$ par Année civile pour chacun de ces praticiens. Un traitement par Jour.
Frais de radiographies faites par le praticien de soins paramédicaux suivant : Chiropraticien	100 \$ par Année civile.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION SÉRÉNITÉ

Catégories : 001, 004

HOSPITALISATION DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Franchise :	Remboursement :	Maximum quotidien :
aucune	100 %	tarif d'une chambre semi-privée

FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE ENGAGÉS HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE et ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

Franchise :	Remboursement :	Maximum par Personne assurée :
aucune	100 %	5 000 000 \$ à vie
		Durée de couverture par voyage :
		<u>Catégorie 001</u> :
		les premiers 90 Jours consécutifs du voyage
		<u>Catégorie 004</u> :
		les premiers 30 Jours consécutifs du voyage

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION SÉRÉNITÉ (suite)

Catégories : 001, 004

MÉDICAMENTS

Franchise :	3 \$ par médicament prescrit ou par renouvellement de médicament ⁽¹⁾
Remboursement :	90 % ⁽¹⁾⁽²⁾
Maximum :	Illimite

(1) La Contribution maximale annuelle pour tous les médicaments couverts en vertu de la police collective est de 1 000 \$ par adulte (les sommes payées à titre de Franchise et de coassurance pour les Enfants à charge sont incluses dans la Contribution maximale annuelle du Participant). Lorsque ce maximum est atteint, les médicaments sont remboursés à 100 %.

(2) Substitution générique obligatoire : Si le médicament est un médicament d'origine qui possède un équivalent générique, le montant remboursable sera fondé sur le coût du médicament substituable le moins cher, le cas échéant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION SÉRÉNITÉ (suite)

Catégories : 001, 004

TOUS LES AUTRES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA

Franchise : aucune

Remboursement

- Traitement pour la toxicomanie,
l'alcoolisme et la dépendance
au jeu : 100 %

- Soins de réadaptation et de
convalescence : 100 %

- Tous les autres frais couverts : 90 %

Maximum : Illimité

Réductions, Exclusions et Restrictions :

Cette garantie et toute prestation payable en découlant sont assujetties à toutes les réductions, exclusions et restrictions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Cessation :

Catégorie 001 :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants : à la date de la retraite du Participant, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Catégorie 004 :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants : à la date à laquelle le Participant cesse de résider au Canada, sans dépasser son 65^e anniversaire de naissance, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION SÉRÉNITÉ (suite)

Catégories : 001, 004

Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums payables par Personne assurée</u>
Tous les frais couverts en vertu de l'article «Frais médicaux engagés au Canada» de la garantie Assurance maladie complémentaire, autres que ceux indiqués ci-après	Illimité.
Auxiliaires anti-tabagisme	Ces frais sont remboursés selon les paramètres de la <i>Régie de l'assurance-maladie du Québec</i> .
Médicaments contre la dépendance	1 000 \$ à vie.
Médicaments pour le traitement de la fertilité ou de l'infertilité	Ces frais sont remboursés selon les paramètres de la <i>Régie de l'assurance-maladie du Québec</i> .
Vaccins, y compris les vaccins de nature préventive (<i>excluant l'administration</i>)	500 \$ par Année civile.
Honoraires d'infirmiers	25 000 \$ par période de 3 Années civiles consécutives.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION SÉRÉNITÉ (suite)

Catégories : 001, 004

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums payables par Personne assurée</u>
Honoraires de médecins pour attestations médicales pour invalidité	<u>Catégorie 001 :</u> Illimité <i>Ces frais sont remboursés à compter de la deuxième attestation, pour le Participant seulement.</i>
	<u>Catégorie 004 :</u> Ces frais ne sont pas couverts.
Service ambulancier professionnel	Illimité.
Séjour dans un établissement de soins de santé autorisé à fournir des soins de réadaptation ou de convalescence	40 \$ par Jour. Maximum combiné de 180 Jours par période d'Hospitalisation attribuable à la même cause.
Équipement et matériel médical	Illimité.
Appareils de contrôle liés au diabète	Un appareil par période de 24 mois consécutifs.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION SÉRÉNITÉ (suite)

Catégories : 001, 004

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums payables par Personne assurée</u>
Bras, main et pied artificiels (<i>y compris les réparations et les remplacements</i>)	Illimité pour les Personnes assurées de moins de 16 ans et une prothèse de chaque type à vie pour les Personnes assurées de 16 ans et plus.
Prothèses oculaires	Une prothèse à vie.
Tensiomètres	Un appareil à vie.
Prothèses mammaires et soutiens-gorge chirurgicaux	Maximum combiné de 250 \$ par période de 24 mois consécutifs.
Bas élastiques médicaux (<i>de 15mmHg et plus</i>)	Une paire par Année civile.
Chaussures orthopédiques (<i>personnalisées, fabriquées sur mesure ou moulées sur commande</i>)	2 paires par Année civile.
Orthèses podiatriques (<i>moulées sur commande</i>), modifications aux chaussures conventionnelles et orthopédiques et supports plantaires	Maximum combiné de 350 \$ par Année civile.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION SÉRÉNITÉ (suite)

Catégories : 001, 004

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums payables par Personne assurée</u>
Stérilets	Un par période de 3 Années civiles consécutives.
Diaphragmes	Un par Année civile.
Lunettes, lentilles cornéennes ou lentilles intraoculaires à la suite d'une chirurgie de la cataracte	200 \$ par œil à vie.
Examens de laboratoire et services d'imagerie médicale	Maximum combiné de 1 000 \$ par Année civile.
Prothèses capillaires (<i>requisites suite à un traitement de chimiothérapie</i>)	300 \$ à vie.
Injections sclérosantes (<i>excluant l'administration</i>)	30 \$ par visite.
Soins dentaires suite à une blessure accidentelle	Illimité.
Prothèses auditives ou autres dispositifs connexes	550 \$ par Année civile.
Traitement pour la toxicomanie, l'alcoolisme et la dépendance au jeu	1 500 \$ à vie (<i>Participant seulement</i>).

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION SÉRÉNITÉ (suite)

Catégories : 001, 004

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums payables par Personne assurée</u>
Examens de la vue	Un examen par Année civile.
Lunettes (<i>verres correcteurs et monture, y compris les lunettes de soleil et de sécurité</i>) et lentilles cornéennes ou chirurgie correctrice au laser ainsi que les lunettes ou lentilles cornéennes à la suite d'un traitement pour kératocône	300 \$ par période de 24 mois consécutifs ou par période de 12 mois consécutifs pour un Enfant à charge de moins de 18 ans.
Chirurgie esthétique à la suite d'un Accident	Illimité.
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants : Thérapeute en réadaptation physique, Physiothérapeute et Ergothérapeute	Maximum combiné de 1 000 \$ par Année civile. Un traitement par Jour.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION SÉRÉNITÉ (suite)

Catégories : 001, 004

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums payables par Personne assurée</u>
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants : Psychologue, Psychothérapeute (y compris les frais engagés pour les évaluations psychologiques), Travailleur social, Psychométricien, Thérapeute familial, Conseiller matrimonial, Conseiller clinicien et Conseiller en orientation	<u>Participant</u> : Maximum combiné de 3 000 \$ par Année civile. Un traitement par Jour. <u>Personne à charge</u> : Maximum combiné de 2 000 \$ par Année civile. Un traitement par Jour.
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants : Orthophoniste, Audiologiste, Chiropraticien, Ostéopathe, Podiatre (y compris les radiographies), Acupuncteur et Diététiste	Maximum de 500 \$ par Année civile pour chacun de ces praticiens. Un traitement par Jour.
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants : Massothérapeute, Kinothérapeute, Kinésithérapeute, Orthothérapeute et Naturopathe	Maximum combiné de 500 \$ par Année civile. Un traitement par Jour.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

OPTION SÉRÉNITÉ (suite)

Catégories : 001, 004

Frais médicaux (suite)

Frais couverts

Maximums payables par Personne assurée

Frais de radiographies faites par le
praticien de soins paramédicaux
suivant : Chiropraticien

100 \$ par Année civile.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

OPTION SOUPLESSE

Catégorie : 001

Franchise : 150 \$ par Personne assurée
Maximum de 300 \$ par famille

Remboursement :

- soins préventifs : 50 %
- soins de base : 50 %
- soins d'endodontie et de parodontie : 50 %
- soins majeurs : 50 %

Maximum par Personne assurée :

- soins préventifs, soins de base,
soins d'endodontie, de parodontie
et soins majeurs : 1 000 \$ par Année civile

Les frais pour un Dentiste généraliste et un Dentiste spécialiste sont remboursés selon le Guide des tarifs des chirurgiens dentistes de l'année courante.

Les frais pour un Hygiéniste dentaire sont remboursés selon le Guide des tarifs des chirurgiens dentistes de l'année courante ou, le cas échéant, selon le Guide des tarifs de l'Association des hygiénistes dentaires de l'année courante.

Les frais pour un Denturologiste sont remboursés selon le Guide des tarifs des denturologistes de l'année courante.

S'il n'y a pas de guide des tarifs pour l'année de référence, l'assureur déterminera la base de remboursement en apportant un ajustement inflationniste au dernier guide en vigueur.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

OPTION SOUPLESE (suite)

Catégorie : 001

Réductions, Exclusions et Restrictions :

Cette garantie et toute prestation payable en découlant sont assujetties à toutes les réductions, exclusions et restrictions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants : à la date de la retraite du Participant, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

OPTION CONFORT

Catégorie : 001

Franchise : aucune

Remboursement :

– soins préventifs :	80 %
– soins de base :	80 %
– soins d'endodontie et de parodontie :	50 %
– soins majeurs :	50 %
– soins orthodontiques :	50 %

Maximum par Personne assurée :

– soins préventifs, soins de base, soins d'endodontie, de parodontie et soins majeurs :	1 500 \$ par Année civile
– soins orthodontiques :	1 500 \$ à vie

Les SOINS ORTHODONTIQUES s'appliquent à toute Personne assurée.

Les frais pour un Dentiste généraliste sont remboursés selon le Guide des tarifs des chirurgiens dentistes de l'année courante.

Les frais pour un Dentiste spécialiste sont remboursés selon le Guide des tarifs des Dentistes spécialistes de l'année courante.

Les frais pour un Hygiéniste dentaire sont remboursés selon le Guide des tarifs des chirurgiens dentistes de l'année courante ou, le cas échéant, selon le Guide des tarifs de l'Association des hygiénistes dentaires de l'année courante.

Les frais pour un Denturologiste sont remboursés selon le Guide des tarifs des denturologiste de l'année courante.

S'il n'y a pas de guide des tarifs pour l'année de référence, l'assureur déterminera la base de remboursement en apportant un ajustement inflationniste au dernier guide en vigueur.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

OPTION CONFORT (suite)

Catégorie : 001

Réductions, Exclusions et Restrictions :

Cette garantie et toute prestation payable en découlant sont assujetties à toutes les réductions, exclusions et restrictions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des événements suivants : à la date de la retraite du Participant, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

OPTION SÉRÉNITÉ

Catégorie : 001

Franchise : aucune

Remboursement :

– soins préventifs :	90 %
– soins de base :	90 %
– soins d'endodontie et de parodontie :	80 %
– soins majeurs :	60 %
– soins orthodontiques :	50 %

Maximum par Personne assurée

– soins préventifs, soins de base, soins d'endodontie, de parodontie et soins majeurs :	2 500 \$ par Année civile
– soins orthodontiques :	2 500 \$ à vie

Les SOINS ORTHODONTIQUES s'appliquent à toute Personne assurée.

Les frais pour un Dentiste généraliste sont remboursés selon le Guide des tarifs des chirurgiens dentistes de l'année courante.

Les frais pour un Dentiste spécialiste sont remboursés selon le Guide des tarifs des Dentistes spécialistes de l'année courante.

Les frais pour un Hygiéniste dentaire sont remboursés selon le Guide des tarifs des chirurgiens dentistes de l'année courante ou, le cas échéant, selon le Guide des tarifs de l'Association des hygiénistes dentaires de l'année courante.

Les frais pour un Denturologiste sont remboursés selon le Guide des tarifs des denturologiste de l'année courante.

S'il n'y a pas de guide des tarifs pour l'année de référence, l'assureur déterminera la base de remboursement en apportant un ajustement inflationniste au dernier guide en vigueur.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

OPTION SÉRÉNITÉ (suite)

Catégorie : 001

Réductions, Exclusions et Restrictions :

Cette garantie et toute prestation payable en découlant sont assujetties à toutes les réductions, exclusions et restrictions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants : à la date de la retraite du Participant, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

iA Marchés spéciaux, une division de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., est l'assureur pour les garanties ci-dessous :

ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

N° de police 100012339

ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

N° de police 100012340

ASSURANCE COLLECTIVE ACCIDENT VOYAGES D'AFFAIRES

N° de police 100012341

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

N° de police 100012342

Pour plus de détails, veuillez-vous référer aux textes des garanties à la fin du livret.

CONDITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Acceptation des preuves d'assurabilité signifie que l'assureur accepte effectivement, par écrit, le risque demandé après avoir reçu chacun des documents requis pour accepter ce risque.

Accident signifie tout évènement attribuable à une cause externe de nature soudaine et imprévisible qui occasionne des blessures physiques directement et indépendamment de toute autre cause, le tout étant certifié par un Médecin.

Année civile signifie la période qui s'étend du 1er janvier au 31 décembre suivant, inclusivement.

Assurance voyage signifie les garanties d'Assurance maladie complémentaire suivantes : Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence et Assistance hors de la province en cas d'urgence.

Capacité de travailler légalement signifie que le Participant doit avoir chacune des licences, permis ou autre certification requis pour travailler légalement au Canada.

Chirurgie d'un jour signifie une chirurgie effectuée dans un Hôpital ou dans une clinique externe affiliée à un Hôpital et nécessitant une anesthésie locale, régionale ou générale, à l'exclusion de toute chirurgie mineure pouvant être effectuée dans le bureau du Médecin.

Effectivement au travail signifie :

S'il s'agit d'un Jour de travail, l'Employé est considéré comme étant Effectivement au travail pour son Employeur s'il se présente au travail et exerce toutes les tâches essentielles de son occupation régulière pour la totalité du nombre d'heures prévu pour ce Jour de travail.

S'il s'agit d'un weekend, d'un jour férié ou d'un jour de vacances, l'Employé est considéré comme étant Effectivement au travail pour son Employeur si :

- a) Ce jour-là, il aurait été capable de se présenter au travail pour son Employeur et d'exercer toutes les tâches essentielles de son occupation régulière pour la totalité du nombre d'heures prévu pour ce Jour de travail; et

CONDITIONS GÉNÉRALES

- b) À son dernier Jour de travail, il s'est présenté au travail et a exercé toutes les tâches essentielles de son occupation régulière pour la totalité du nombre d'heures prévu pour ce Jour de travail.

Employé signifie toute personne qui est activement employée par l'Employeur sur une base permanente, à temps plein et pour un minimum de 15 heures par semaine. Les employés saisonniers, les employés contractuels et les employés temporaires sont exclus de la définition d'Employé.

Employé expatrié signifie un Employé qui

- a) est Canadien; et
- b) travaillait au Canada sur une base permanente immédiatement avant le début de son affectation à l'extérieur du Canada; et
- c) était un résident à temps plein au Canada immédiatement avant le début de son affectation à l'extérieur du Canada; et
- d) a été nommé par le Titulaire de la police à une affectation temporaire à l'extérieur du Canada pour une période de plus de 90 Jours; et
- e) était assuré en vertu de la police collective ou en vertu d'une police antérieure du Titulaire de la police à titre d'Employé immédiatement avant le début de son affectation à l'extérieur du Canada; et
- f) était assuré en vertu du régime provincial d'assurance maladie de sa province de résidence immédiatement avant le début de son affectation à l'extérieur du Canada.

Un Employé expatrié n'est pas couvert pour les garanties Assurance médicaments Québec, Assurance maladie complémentaire et Assurance soins dentaires, en vertu de la police collective.

Emploi permanent à temps partiel signifie :

L'emploi permanent à temps partiel doit satisfaire aux conditions suivantes :

- a) Période de travail indéterminée : l'emploi permanent à temps partiel est créé pour une période indéterminée. Il ne peut être associé à un poste sur appel ou occasionnel.
- b) Le nombre d'heures de travail par semaine est d'au moins 24 heures qui peuvent être réparties à la demande du superviseur. Le nombre d'heures peut varier selon la journée.

CONDITIONS GÉNÉRALES

- c) Horaire de travail fixe et déterminé : l'Employé doit avoir un horaire déterminé à l'avance. Cet horaire doit être constant de semaine en semaine et est sous la responsabilité du superviseur.

Employeur signifie le Titulaire de la police et toute entité désignée comme étant une filiale ou une compagnie associée indiquée au Tableau sommaire de la police collective.

Hôpital signifie une institution :

- a) légalement reconnue comme telle par l'organisme gouvernemental concerné;
- b) destinée aux soins des patients alités; et
- c) qui assure en tout temps les services de médecins et d'infirmières autorisées.

Hospitalisation et Hospitalisé signifie l'occupation d'une chambre d'Hôpital à titre de patient alité admis, pour laquelle des frais de chambre et d'hébergement ont été facturés en lien avec l'Hospitalisation. Un séjour de plus de 24 heures sous surveillance à l'urgence, même sans émission de facture, est considéré comme une Hospitalisation. La Chirurgie d'un jour est considérée comme une période d'Hospitalisation.

Jour signifie un jour civil, sauf si défini autrement dans la police collective.

Jour de travail signifie un Jour durant lequel il est prévu que le Participant travaille pour son Employeur et exerce toutes les tâches essentielles de son occupation régulière pour la totalité du nombre d'heures prévu.

Maladie signifie toute détérioration de la santé requérant des soins continus et curatifs prodigués activement par un Médecin, et lorsque requis par la police collective, par un Spécialiste du domaine médical applicable à la Maladie.

Médecin signifie une personne légalement accréditée et autorisée à pratiquer la médecine et qui pratique dans le champ de son accréditation.

Médicalement requis signifie généralement accepté et reconnu par la profession médicale canadienne comme étant efficace, approprié et indispensable comme traitement d'une Maladie ou d'une blessure, y compris les blessures résultant d'un Accident, conformément aux normes médicales canadiennes.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Participant signifie un Employé, un Employé expatrié ou un Retraité qui est assuré en vertu de la police collective.

Période d'admissibilité signifie la période continue, telle qu'indiquée au Tableau Sommaire, se terminant à la Date d'entrée en vigueur de la police collective ou après, durant laquelle l'Employé ou l'Employé expatrié doit être Effectivement au travail.

Personne à charge signifie le Conjoint du Participant ou un Enfant du Participant ou de son Conjoint. Lorsque les Personnes à charge sont assurées en vertu de la police collective, les termes «Conjoint» et «Enfant» sont définis ainsi :

a) Conjoint

Conjoint d'un Participant qui n'est pas expatrié

La personne liée par un mariage ou une union civile à un Participant ou la personne désignée par le Participant, qu'il présente publiquement comme son Conjoint et avec qui il cohabite en permanence depuis au moins un an, ou moins, si un Enfant est issu de leur union.

La séparation de fait depuis plus de 3 mois fait perdre ce statut de Conjoint aux fins de la police collective.

Le Conjoint doit être domicilié dans le même pays que le Participant.

Si, d'après cette définition, le Participant a eu plus d'un Conjoint, le terme «Conjoint» désigne la dernière personne qui se qualifie à titre de Conjoint.

Conjoint d'un Participant qui est expatrié

Une personne qui

- i) est Canadienne; et
- ii) était une résidente à temps plein au Canada immédiatement avant le début de l'absence du Canada; et
- iii) était assurée en vertu du régime provincial d'assurance maladie de sa province immédiatement avant le début de l'absence du Canada; et
- iv) est liée par un mariage ou une union civile à un Participant ou est la personne désignée par ledit Participant, qu'il présente publiquement comme son Conjoint et avec qui il cohabite en

CONDITIONS GÉNÉRALES

permanence depuis au moins un an, ou moins, si un Enfant est issu de leur union. Dans tous les cas, la séparation de fait depuis plus de 3 mois fait perdre ce statut de Conjoint.

Si, d'après cette définition, le Participant a eu plus d'un Conjoint, le terme «Conjoint» désigne la dernière personne qui se qualifie à titre de Conjoint.

b) Enfant

Enfant d'un Participant qui n'est pas expatrié

Tout Enfant non marié du Participant ou de son Conjoint résidant au Canada, qui s'en remet entièrement au Participant pour sa subsistance et son entretien et qui remplit au moins une des conditions suivantes :

- i) être âgé de moins de 22 ans; ou
- ii) être âgé de moins de 26 ans et fréquenter à plein temps une institution d'enseignement reconnue; ou
- iii) avoir un handicap mental ou physique et être incapable de gagner sa vie en raison de ce handicap, pourvu que le handicap en question se soit déclaré lorsqu'il était enfant tel que défini en vertu de i) ou ii).

Enfant d'un Participant qui est expatrié

Une personne qui

- i) est un Enfant non marié du Participant ou de son Conjoint; et
- ii) s'en remet entièrement au Participant pour sa subsistance et son entretien; et
- iii) réside avec le Participant ou, s'il ne réside pas avec le Participant, est un résident à temps plein au Canada; et
- iv) est âgé de moins de 22 ans; ou
- v) est âgé de moins de 26 ans et fréquente à temps plein une institution d'enseignement reconnue; ou
- vi) a un handicap mental ou physique et est incapable de gagner sa vie en raison de ce handicap, pourvu que le handicap en question se soit déclaré lorsqu'il était enfant tel que défini en vertu de iv) ou v).

CONDITIONS GÉNÉRALES

Personne assurée signifie un Participant ou une Personne à charge d'un Participant qui est assuré en vertu de la police collective.

La Personne assurée doit, en tout temps, être couverte en vertu d'un régime gouvernemental d'assurance maladie et résider au Canada de façon permanente (au moins 182 Jours par année) pour être admissible au Régime général d'assurance médicaments du Québec, à la garantie Assurance maladie complémentaire et à la garantie Assurance soins dentaires en vertu de la police collective et pour conserver ses droits à l'assurance, à moins qu'il y ait eu entente préalable avec l'assureur, ou à moins de stipulation contraire à la police collective.

Résident à temps plein au Canada signifie avoir la résidence permanente au Canada et résider dans la province de résidence le nombre de Jours minimal requis pour être couvert sous le régime provincial de soins de santé applicable de cette province de résidence.

Retraité signifie toute personne détenant un tel statut auprès du Titulaire de la police. Toutefois, le Participant doit avoir atteint l'âge de 55 ans et avoir au moins 5 années de service au moment de prendre sa retraite pour détenir un tel statut auprès du Titulaire de la police.

Revenu signifie :

Revenu annuel signifie, pour les catégories 001, 008, la rémunération annuelle versée par l'Employeur, à l'exclusion des bonis, des commissions, des gratifications, des heures supplémentaires et de toute autre forme de rémunération supplémentaire.

Revenu mensuel signifie le Revenu annuel du Participant divisé par 12.

Revenu brut mensuel indexé avant l'Invalidité totale signifie le Revenu mensuel reçu par le Participant, immédiatement avant la date de début de l'Invalidité totale, augmenté chaque 1er juin qui coïncide ou qui suit le prochain anniversaire de la date à laquelle le Participant a eu droit à la prestation d'invalidité de longue durée selon l'indice des prix à la consommation (tel que publié par le gouvernement du Canada) de l'Année civile qui précède.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Revenu brut mensuel avant l'Invalidité totale signifie le Revenu mensuel reçu par le Participant immédiatement avant la date de début de son Invalidité totale.

Revenu net mensuel avant l'Invalidité totale signifie le Revenu mensuel reçu par le Participant immédiatement avant la date de début de son Invalidité totale, réduit des retenues d'impôts, du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, d'assurance-emploi et du Régime québécois d'assurance parentale.

Montant du Revenu à utiliser

Lorsqu'une prestation payée en vertu de la police collective est basée sur le Revenu du Participant, y compris toutes les variations de la définition de Revenu susmentionnées, le montant du Revenu qui sera utilisé pour déterminer la prestation sera le moindre de :

- a) Le dernier Revenu déclaré à l'assureur par l'Employeur, ses agents ou ses administrateurs et qui a été utilisé dans le calcul de la prime payable; ou
- b) Le Revenu que le Participant a réellement reçu de son Employeur au moment de l'évènement pour lequel une réclamation est faite, ou
- c) Si le Participant n'est pas Effectivement au travail au moment de l'évènement pour lequel une réclamation est faite, le Revenu du dernier Jour de travail au cours duquel il était Effectivement au travail.

Spécialiste signifie un Médecin autorisé à pratiquer la médecine avec une spécialité par l'autorité réglementaire provinciale compétente.

Titulaire de la police signifie toute entité inscrite comme étant le Titulaire de la police sur la page couverture de la police collective.

MODIFICATION AUX RÉGIMES GOUVERNEMENTAUX

Les prestations prévues en vertu de la police collective sont établies en complémentarité des prestations prévues aux régimes gouvernementaux. Toute modification à ces régimes gouvernementaux après la Date de prise d'effet de la police collective n'aura pas pour effet de modifier les prestations prévues aux présentes, à moins qu'une entente de modification des garanties ne soit signée par les signataires autorisés de l'assureur.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Nonobstant ce que prévoit le paragraphe précédent, la police collective sera modifiée de façon à comporter les changements apportés au maximum de la rémunération assurable déterminé en vertu de la *Loi sur l'assurance-emploi*. De plus, si la législation fédérale ou provinciale exige qu'un assureur offre un certain type ou un certain niveau de protection ou les moyens de fournir un certain type de protection, la police collective sera réputée avoir été modifiée pour tenir compte des exigences de la législation.

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

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

INCONTESTABILITÉ

Si des preuves d'assurabilité sont exigées par l'assureur pour accepter l'un des éléments suivants :

- a) L'assurance en vertu de la police collective ou d'une garantie pour un Participant ou une Personne à charge; ou
- b) L'augmentation, l'ajout ou la modification dans telle assurance pour un Participant ou une Personne à charge;

les déclarations faites par le Participant ou la Personne à charge comme preuves d'assurabilité seront acceptées comme vraies et ne seront pas contestées par l'assureur après la dernière des dates énumérées ci-dessous, pourvu que le Participant ou la Personne à charge soit vivant à cette date :

- a) 2 ans après la date de prise d'effet de l'assurance ou de la garantie pour laquelle les preuves d'assurabilité ont été fournies; ou
- b) 2 ans après la date de prise d'effet de l'augmentation, de l'ajout ou de la modification de l'assurance; ou

CONDITIONS GÉNÉRALES

- c) 2 ans après la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance.

Cependant, la présente restriction quant au droit de l'assureur de contester les preuves d'assurabilité ne s'applique pas en cas de fraude ou d'erreur sur l'âge.

Si l'assureur exige des preuves pour accepter une augmentation, un ajout ou une modification de l'assurance son droit d'annuler l'assurance se limite à l'augmentation, à l'ajout ou à la modification en question.

MONNAIE LÉGALE

Les sommes dues en vertu de la police collective sont payables en monnaie légale du Canada et selon le taux de change en vigueur au moment de l'évènement donnant droit à une prestation.

ASSURANCE CHEZ UN TIERS

Un Participant admissible à l'Assurance maladie complémentaire ou à l'Assurance soins dentaires et dont le Conjoint bénéficie d'une assurance comparable peut renoncer à telle assurance qui lui est offerte en vertu de la police collective.

Toutefois, pour refuser la garantie Assurance maladie complémentaire, le Participant doit obligatoirement être couvert pour une assurance comparable détenue par son Conjoint.

Le refus de participer à l'assurance peut être à l'égard du Participant et de ses personnes à charge ou de ses Personnes à charge uniquement.

Si l'assurance en vertu de la police du Conjoint prend fin en raison de la résiliation d'une telle police ou en raison de la perte d'admissibilité, une demande peut être faite afin d'assurer, en vertu de la police collective, ces personnes dont l'assurance a pris fin.

La demande doit être faite dans les 31 Jours suivant la cessation de l'assurance en vertu de la police du Conjoint et l'assurance en vertu de la police collective entrera en vigueur le Jour suivant la date de cessation de l'assurance en vertu de la police du Conjoint.

CONDITIONS GÉNÉRALES

AGENTS

Le Titulaire de la police et l'Employeur ne sont pas des agents de l'assureur. L'assureur ne sera pas lié, ni responsable d'un acte ou d'une omission de la part du Titulaire de la police ou de l'Employeur.

ERREURS

Les erreurs administratives ou d'inadvertance du Titulaire de la police, de l'Employeur ou de l'assureur n'auront pas pour effet de :

- a) Continuer une assurance qui autrement serait valablement résiliée.
- b) Augmenter toute assurance existante.
- c) Mettre en vigueur une assurance qui, n'eut été de cette erreur, ne serait pas valablement en vigueur.
- d) Nuire autrement à l'assureur de toute autre manière.

L'assureur peut, rétroactivement et à sa seule discrétion, en plus de tout autre recours légal à sa disposition, exercer l'un des droits suivants :

- a) Rembourser au Titulaire de la police toute prime acceptée en raison de cette erreur.
- b) Résilier ou annuler rétroactivement toute assurance qui y serait associée.
- c) Réduire le montant de l'assurance au montant qu'il aurait dû être, n'eut été de cette erreur.
- d) Prendre toute autre mesure qui peut être nécessaire pour corriger l'erreur.

ADMISSIBILITÉ

Participant qui n'est pas expatrié

Un Employé ou un Retraité deviendra admissible à l'assurance en vertu de la police collective à titre de Participant à la date (sa «date d'admissibilité») à laquelle il satisfait à toutes les exigences suivantes :

- a) Il répond à la définition d'Employé ou de Retraité de la police collective;
et

CONDITIONS GÉNÉRALES

- b) Il est un Résident à temps plein au Canada (ne s'applique pas à un Retraité); et
- c) Il bénéficie d'une assurance en vertu du régime d'assurance maladie de sa province de résidence (ne s'applique pas à un Retraité); et
- d) Il a satisfait à la Période d'admissibilité précisée au Tableau sommaire.

Cependant, un Employé n'est pas admissible à la garantie Assurance invalidité de longue durée s'il atteint l'âge de terminaison indiqué au Tableau sommaire avant la fin du Délai de carence prévu pour cette garantie.

Participant qui est expatrié

Un Employé deviendra admissible à l'assurance en vertu de la police collective à titre de Participant à la date (sa «date d'admissibilité») à laquelle il satisfait à toutes les exigences suivantes :

- a) il répond à la définition d'Employé expatrié de la police collective;
- b) il a satisfait à la période d'admissibilité précisée au Tableau sommaire.

Cependant, un Employé expatrié n'est pas admissible à la garantie Assurance invalidité de longue durée s'il atteint l'âge de terminaison indiqué au Tableau sommaire avant la fin du Délai de carence prévu pour cette garantie.

Le Titulaire de la police doit aviser l'assureur avant la date de départ de l'Employé du Canada au titre de l'affectation de celui-ci afin que l'Employé soit admissible à la protection en vertu de la police collective à titre d'Employé expatrié.

Personnes à charge de tous les Participants

Une personne deviendra admissible à l'assurance en vertu de la police collective à titre de Personne à charge à la date (sa «date d'admissibilité») à laquelle elle satisfait à toutes les exigences suivantes :

- a) Elle répond à la définition d'une Personne à charge de la police collective; et
- b) Elle est un Résident à temps plein au Canada (ne s'applique pas à une Personne à charge expatriée); et

CONDITIONS GÉNÉRALES

- c) Elle bénéficie d'une assurance en vertu du régime d'assurance maladie de sa province de résidence (ne s'applique pas à une Personne à charge expatriée); et
- d) L'Employé ou le Retraité dont elle est une Personne à charge est assuré en vertu de la police collective à titre de Participant.

DEMANDE DE PARTICIPATION

Tout Employé qui devient admissible à l'assurance en vertu de la police collective à titre de Participant doit remplir et présenter une demande de participation pour lui-même et pour chacune de ses Personnes à charge, à leur date d'admissibilité respective, au moyen des formulaires fournis par l'assureur ou de formulaires qui répondent à ses exigences.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

Que la participation au régime, en vertu de la police collective, soit obligatoire ou facultative, l'assurance d'un Participant et, s'il y a lieu, celle de ses Personnes à charge, prennent effet à la date d'admissibilité de la personne, si la demande de participation à l'assurance collective est reçue par l'assureur avant ou à cette date, ou dans les 31 Jours qui suivent cette date.

Si l'assureur ne reçoit pas la demande de participation à l'assurance collective dans les 31 Jours suivant la date d'admissibilité, l'assurance n'entrera pas en vigueur avant la date à laquelle l'assureur reçoit les preuves d'assurabilité et donne Acceptation des preuves d'assurabilité.

Cependant :

- a) Si l'Employé n'est pas Effectivement au travail à la date à laquelle son assurance aurait dû prendre effet, l'assurance ne prendra pas effet avant la date à laquelle il est de nouveau Effectivement au travail;
- b) Si la Personne à charge est Hospitalisée à la date à laquelle son assurance aurait dû prendre effet, l'assurance ne prendra pas effet avant la date ultérieure à laquelle elle n'est plus Hospitalisée (cette clause ne s'applique pas à la garantie Assurance vie ni dans le cas d'un nouveau-né).

Tout montant d'assurance en excès du maximum sans preuves d'assurabilité indiqué au Tableau sommaire prend effet à la date à laquelle l'assureur reçoit et

CONDITIONS GÉNÉRALES

accepte les preuves d'assurabilité du Participant et donne Acceptation des preuves d'assurabilité. Si les preuves d'assurabilité du Participant ne sont pas acceptées par l'assureur, toute augmentation future du maximum sans preuves d'assurabilité ne résultera pas automatiquement en une augmentation de l'assurance du Participant. L'augmentation du maximum sans preuves d'assurabilité résultera uniquement en une augmentation de l'assurance du Participant s'il soumet des preuves de son assurabilité et si l'assureur donne Acceptation des preuves d'assurabilité.

Le Participant peut renoncer à l'Assurance maladie complémentaire et à l'Assurance soins dentaires. Toutefois, pour pouvoir renoncer à l'Assurance maladie complémentaire, le Participant doit obligatoirement être couvert pour une assurance comparable détenue par son Conjoint.

En cas de refus de la garantie Assurance maladie complémentaire, le Participant sera couvert en vertu de la police collective pour les Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence et l'Assistance hors de la province en cas d'urgence lors d'une absence reliée à des raisons professionnelles uniquement.

FIN DE L'ASSURANCE

Participant

L'assurance du Participant en vertu de la police collective se termine automatiquement à la première des dates suivantes :

- a) La date de résiliation de la police collective; ou
- b) La date à laquelle le Participant prend sa retraite, sauf si indiqué autrement au Tableau sommaire; ou
- c) La date à laquelle le Participant atteint l'âge limite indiqué au Tableau sommaire, si un âge limite est indiqué; ou
- d) La date à laquelle le Participant n'est plus un Résident à temps plein au Canada (ne s'applique pas à un Employé expatrié ni à un Retraité); ou
- e) La date à laquelle le Participant perd sa Capacité de travailler légalement au Canada (ne s'applique pas à un Employé expatrié ni à un Retraité); ou

CONDITIONS GÉNÉRALES

- f) La date à laquelle le Participant cesse d'être assuré par le régime d'assurance maladie de sa province (ne s'applique pas à un Employé expatrié ni à un Retraité); ou
- g) La date du décès du Participant; ou
- h) La date à laquelle le Titulaire de la police résilie l'assurance du Participant;
- i) La date à laquelle le Participant plaide coupable ou est reconnu coupable d'une infraction pour laquelle il est détenu dans un pénitencier, une prison, un établissement correctionnel, un établissement de psychiatrie criminelle ou toute autre institution similaire; ou
- j) La date à laquelle le Participant ne répond plus à la définition d'Employé ou de Retraité de la police collective ou cesse d'être Effectivement au travail.

L'assurance d'un Participant peut être prolongée durant toute période où il n'est plus Effectivement au travail en raison, mais sans s'y limiter, d'une Maladie, d'une blessure, d'une mise à pied temporaire ou d'un congé autorisé. Le Participant doit communiquer avec le Titulaire de la police pour obtenir des renseignements additionnels.

Personnes à charge

L'assurance d'une Personne à charge se termine d'office à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle le Participant dont elle est à charge cesse d'être assuré en vertu de la police collective; ou
- b) La date à laquelle la Personne à charge ne répond plus à la définition de Personne à charge de la police collective; ou
- c) La date à laquelle la Personne à charge atteint l'âge limite indiqué au Tableau sommaire, si un âge limite y est indiqué; ou
- d) La date à laquelle la Personne à charge cesse d'être un Résident à temps plein au Canada (ne s'applique pas aux Personnes à charge expatriées ni aux Personnes à charge d'un Retraité); ou
- e) La date à laquelle la Personne à charge cesse d'être assurée par le régime d'assurance maladie de sa province de résidence (ne s'applique

CONDITIONS GÉNÉRALES

pas aux Personnes à charge expatriées ni aux Personnes à charge d'un Retraité) ; ou

- f) La date à laquelle le Titulaire de la police met fin à l'assurance de la Personne à charge.

Les modalités et conditions ci-dessus sont également applicables en cas de résiliation partielle de l'assurance, pour un Participant ou une Personne à charge, par suite de la résiliation de l'assurance en vertu d'une ou de plusieurs garanties.

AVIS ET PREUVE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

L'avis et la preuve de toute demande de règlement doivent être soumis dans le format exigé par l'assureur. La preuve d'une demande de règlement doit inclure toutes les informations que l'assureur exige et juge nécessaires aux circonstances et à l'étendue de la perte, ou qu'il exige autrement afin de compléter l'évaluation de la demande de règlement. L'assureur ne sera pas tenu responsable d'une demande de règlement qui n'est pas soumise conformément aux modalités et conditions de la police collective.

- **Assurance maladie complémentaire ou Assurance soins dentaires :**

L'avis et la preuve d'une demande de règlement doivent être soumis à l'assureur dans les 12 mois (6 mois dans le cas de l'Assurance voyage hors de la province) suivant la date de survenance du sinistre donnant droit à une prestation.

- **Assurance vie :**

L'avis d'une demande de règlement doit être soumis dans les 30 Jours suivant la date de survenance du sinistre donnant droit à une prestation. La preuve de la demande de règlement doit être soumise dans les 90 Jours suivant la date de survenance du sinistre donnant droit à une prestation.

Le fait de ne pas donner l'avis ou la preuve d'une demande de règlement dans les délais prescrits n'invalide pas la demande de règlement, à condition de satisfaire à cette obligation dès que raisonnablement possible, sans toutefois excéder 12 mois suivant la date de la survenance du sinistre et à condition de démontrer qu'il n'était pas raisonnablement possible de fournir l'avis ou la preuve dans les délais prescrits.

CONDITIONS GÉNÉRALES

- **Assurance invalidité de longue durée :**

L'avis d'une demande de règlement doit être soumis dans les 120 Jours suivant la date du début de l'invalidité totale du Participant. La preuve de la demande de règlement doit être soumise dans les 30 Jours suivant la date du début de l'invalidité de longue durée.

AVIS ET PREUVE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT DANS LE CAS DE LA FIN DE L'ASSURANCE

Dans l'éventualité de la résiliation de la police collective ou de la fin de l'assurance du Participant, l'avis et la preuve de demande de règlement, pour toute demande autre qu'une demande d'Assurance invalidité de longue durée, ou une demande d'Assurance maladie complémentaire ou d'Assurance soins dentaires, doivent être soumis à l'assureur dans les 90 Jours suivant la date de la résiliation de la police et, dans l'éventualité de la fin de l'assurance du Participant, dans les 90 Jours suivant la fin de son assurance.

L'avis et la preuve d'une demande de règlement d'Assurance invalidité de longue durée doivent être soumis dans les 180 Jours suivant la date de la résiliation de la police et, dans l'éventualité de la fin de l'assurance du Participant, dans les 90 Jours suivant la fin de son assurance.

L'avis et la preuve d'une demande de règlement d'Assurance maladie complémentaire et d'Assurance soins dentaires doivent être soumis dans les 90 Jours suivant la date de la résiliation de la police et, dans l'éventualité de la fin de l'assurance du Participant, dans les 12 mois suivant la date de la survenance du sinistre donnant droit à une prestation.

DEMANDES FRAUDULEUSES DE RÈGLEMENT

L'assureur entreprendra toutes les actions nécessaires pour détecter et enquêter les demandes de règlement d'assurance collective frauduleuses.

Soumettre une demande de règlement qui contient de l'information erronée, incomplète ou trompeuse est considéré comme un crime lorsque le Participant soumet cette demande consciemment et avec l'intention de frauder l'assureur et la police d'assurance collective.

L'assureur se réserve le droit de vérifier les demandes de règlement à toute étape pour fraude ou fausse déclaration, même après qu'un paiement ait été émis.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Si l'assureur détermine qu'un Participant ou une Personne à charge a soumis une demande de règlement qui contient des renseignements faux ou trompeurs, l'assureur aura le droit, à sa seule discrétion, d'en aviser le Titulaire de la police, de refuser la demande de règlement ou d'exiger un remboursement si la demande a déjà fait l'objet d'un paiement. De plus, nonobstant toute autre disposition de la police collective, l'assureur aura le droit de mettre fin à l'assurance du Participant en vertu de la police collective, y compris toute assurance des Personnes à charge du Participant, et aura le droit de poursuivre en justice le Participant et/ou la Personne à charge conformément aux lois provinciales ou fédérales.

PROCESSUS D'APPEL

Dans le cas où l'assureur a pris la décision de refuser ou de mettre fin à une demande de règlement ou d'assurance en vertu de la police collective, ce refus ou cette fin de demande de règlement ou d'assurance peut être appelé, en autant que ce droit d'appel est exercé dans les 60 Jours de la date de la lettre initiale de refus ou de fin de demande de règlement ou d'assurance.

L'appel doit être fait par écrit et doit mentionner les fondements de l'appel, toute information nouvelle qui supporte l'appel et toute autre information qui pourrait être exigée par l'assureur.

DÉPENSES

Sauf si expressément prévu autrement dans la police collective, le Participant est le seul responsable des dépenses et coûts liés directement ou indirectement à la soumission d'une demande de règlement, d'une preuve d'une demande de règlement, de toute forme d'appel ou de toute autre obligation que le Participant a en vertu de la police collective, y compris mais sans se limiter à la soumission de toute demande de règlement ou appel, ou à la réquisition de tout rapport médical, dossier clinique, résultat de test ou de tout autre information.

BÉNÉFICIAIRE

Le bénéficiaire du Participant doit être la ou les personnes désignées par le Participant, par écrit, pour recevoir la prestation en cas de décès payable en vertu de la garantie Assurance vie du Participant et, s'il y a lieu, de la garantie Assurance décès et mutilation accidentels du Participant, de la garantie Assurance vie facultative du Participant et de la garantie Assurance facultative

CONDITIONS GÉNÉRALES

de décès et mutilation accidentels du Participant. Si le Participant ne désigne aucun bénéficiaire, toute prestation en cas de décès, qui devient payable en vertu des garanties susmentionnées, est versée à sa succession.

Toutes les prestations, autres que celles prévues par la garantie Assurance vie du Participant, la garantie Assurance décès et mutilation accidentels du Participant, la garantie Assurance vie facultative du Participant et la garantie Assurance facultative de décès et mutilation accidentels du Participant, sont payables seulement au Participant, ou à sa succession, si le Participant est décédé au moment du paiement des prestations.

Le Participant peut désigner un bénéficiaire ou changer le bénéficiaire désigné en signant à cet effet une déclaration écrite, sous réserve des dispositions de la loi.

L'assureur n'est pas responsable de la convenance ou de la validité de la désignation de bénéficiaire ni du changement de bénéficiaire.

Si le Participant a nommé un bénéficiaire en vertu de l'ancienne police collective du Titulaire de police, cette désignation s'appliquera à la protection d'assurance prévue par la police collective, à moins que le Participant n'ait changé sa désignation par écrit auprès de l'assureur. Le Participant doit vérifier la désignation de bénéficiaire effectuée en vertu de l'ancienne police collective du Titulaire de police pour s'assurer qu'elle reflète ses intentions actuelles à l'égard de son assurance.

La police collective renferme une disposition qui supprime ou restreint le droit des Personnes assurées de désigner des personnes auxquelles ou au profit desquelles des sommes assurées sont payables.

DROIT D'EXAMEN DE DOSSIER ET D'ENQUÊTE DE L'ASSUREUR

L'assureur, à ses propres frais et sa seule discrétion, aura droit, au moment et le nombre de fois qu'il le juge nécessaire, de :

- a) Exiger tout examen médical, psychiatrique, physiologique, fonctionnel, professionnel ou tout autre examen d'un Participant ou de toute Personne assurée pour qui une demande de règlement a été soumise. L'assureur peut désigner, à sa seule discrétion, un Médecin, un Spécialiste, un fournisseur de soins de santé ou tout autre examinateur pour cet examen. Le Participant ou la Personne à charge interrogé doivent se conformer aux modalités et conditions d'un examen qui sont requis par un tel examinateur; et

CONDITIONS GÉNÉRALES

- b) Exiger une autopsie, lorsque ce n'est pas interdit par la loi.

L'assureur se réserve le droit d'obtenir les notes et dossiers cliniques ou tout autre rapport de tout Médecin ou Spécialiste, y compris mais sans s'y limiter, d'un psychologue, d'un psychiatre, d'un fournisseur de soins de santé ou de tout autre examinateur qui a traité, examiné ou évalué un Participant qui a soumis une demande de règlement ou une Personne assurée pour qui une demande a été soumise. Le Participant ou la Personne assurée doivent coopérer pleinement avec l'assureur pour l'obtention de tout dossier ou rapport.

L'assureur, à ses frais et à sa seule discrétion, aura droit de procéder à toute enquête ou à tout interrogatoire sous serment d'un Participant ayant soumis une demande de règlement ou de toute personne pour laquelle une demande de règlement a été soumise, qu'une poursuite ait été intentée par cette personne ou par le Participant, ou non.

SUBROGATION

Si des prestations sont payables en vertu de la police collective à l'égard d'un Participant ou d'une Personne à charge d'un Participant et que cette personne a le droit de présenter une réclamation en dommages-intérêts contre une personne ou une organisation, l'assureur sera subrogé au recours du Participant ou de la Personne à charge contre ladite personne ou organisation jusqu'à concurrence des prestations payées ou payables à l'avenir.

Sans limiter la généralité de cette disposition, le terme «dommages-intérêts» comprend toute somme forfaitaire ou tout paiement périodique reçu en contrepartie de :

- a) Toute perte passée, présente ou future de salaire, rémunération ou Revenu; et
- b) Toute autre prestation payable ou payée en vertu de la police collective.

Le Participant ou la Personne à charge devra rembourser à l'assureur toute somme jusqu'à concurrence des prestations payées ou payables dans le futur en vertu de la police collective à même les dommages-intérêts obtenus en première instance ou avant le procès par quelque forme de règlement que ce soit, que le Participant ou la Personne à charge ait été pleinement indemnisé ou non, pour sa perte.

Si le Participant ou la Personne à charge touche des dommages-intérêts en une somme forfaitaire, que ce soit sous forme de règlement ou par ordonnance du

CONDITIONS GÉNÉRALES

tribunal, et qu'aucune répartition n'a été prévue dans le règlement quant aux prestations payées ou payables par l'assureur, l'assureur se fera rembourser, à même les dommages-intérêts obtenus, le plein montant de toute prestation qui a été payée au Participant ou à la Personne à charge. L'assureur a également le droit de se faire rembourser un montant, déterminé par l'assureur, qui reflète raisonnablement la valeur des prestations futures qui seraient payables au Participant ou à la Personne à charge en vertu de la police collective. Le montant récupéré par l'assureur à cet égard ne doit pas dépasser le montant des dommages-intérêts ou du règlement obtenu par le Participant ou la Personne à charge. Ce droit de remboursement s'applique quelles que soient les dispositions du règlement ou de l'allocation convenue entre le Participant ou la Personne à charge et le tiers.

Si le Participant ou la Personne à charge omet de rembourser l'assureur conformément à la police collective, l'assureur cessera de verser des prestations jusqu'à ce qu'il ait récupéré :

- a) Le montant total des prestations payées au Participant ou à la Personne à charge; et
- b) Un montant qui reflète raisonnablement, tel que déterminé par l'assureur, le montant total ou la valeur des prestations futures qui seraient payables au Participant ou à la Personne à charge.

Le montant récupéré par l'assureur à cet égard ne doit pas dépasser le montant des dommages-intérêts ou du règlement brut obtenu par le Participant ou la Personne à charge.

L'assureur aura également le droit de réclamer directement du Participant ou de la Personne à charge toute somme payée en trop, faute de remboursement, ou d'exercer tout autre droit ou recours qu'il pourrait avoir en vertu de la police collective ou en vertu de la loi.

Le Participant doit aviser l'assureur aussitôt qu'une action comportant une réclamation en dommages-intérêts contre un tiers est intentée par lui ou par une Personne à sa charge. Le Participant ou la Personne à charge doit informer l'assureur de tout jugement ou règlement à l'issue d'une réclamation en dommages-intérêts contre un tiers et lui fournir des copies de tous les documents pertinents, de toute procédure écrite et de tout sommaire. Le Participant ou la Personne à charge doit veiller à ce que le droit de subrogation de l'assureur soit mentionné dans tout recours contre un tiers et doit donner à son avocat l'instruction de collaborer entièrement avec l'assureur. L'assureur ne peut être tenu responsable des frais juridiques ou des frais en ce qui concerne

CONDITIONS GÉNÉRALES

l'avancement de son recours subrogatoire à moins qu'il ait expressément accepté ces frais et dépenses par écrit à l'avance. L'assureur se réserve le droit de retenir les services d'un avocat et d'exercer son droit de subrogation contre le tiers et, à cet égard, le Participant ou la Personne à charge et son avocat doivent accorder leur entière collaboration à l'assureur dans le cadre de son recours.

Les demandes de subrogation de l'assureur ne doivent pas être réglées ni compromises de quelque manière que ce soit sans son consentement écrit préalable. Aucun règlement à l'égard d'une réclamation contre un tiers ne lie l'assureur s'il n'a pas donné son consentement préalable et, le cas échéant, l'assureur se réserve le droit de présenter une réclamation directement au Participant ou à la Personne à charge, conformément aux droits qui lui sont conférés en vertu de la police collective ou de la loi.

SOMMES PAYÉES EN TROP

Si l'assureur détermine que des prestations ont été payées en trop, le Participant ou toute autre personne à qui ces prestations ont été payées en trop est tenu de rembourser l'assureur immédiatement et en totalité, dès que l'assureur requiert un tel remboursement.

Dans le cas où les sommes payées en trop ne sont pas remboursées, l'assureur aura droit, à sa seule discrétion et en plus de tout autre recours légal à sa disposition, de recouvrer ces sommes payées en trop en exerçant l'un des droits suivants :

- a) Réduire à zéro toute prestation d'assurance invalidité payable au Participant en vertu de la police collective jusqu'à ce que les sommes payées en trop soient entièrement recouvrées; et
- b) Réduire toute prestation d'assurance vie ou toute autre prestation payable en vertu de la police collective, qu'elle soit payable au Participant, sa succession, ses Personnes à charge, ses survivants admissibles ou ses bénéficiaires, jusqu'à 100 % du montant dû des sommes payées en trop.

RESTRICTIONS RELATIVES AUX ACTIONS EN JUSTICE

Aucune action ni procédure judiciaire visant l'assureur ne peut être déposée dans les 60 Jours qui suivent immédiatement la date à laquelle une preuve

CONDITIONS GÉNÉRALES

écrite de demande de règlement est transmise à l'assureur conformément aux modalités et conditions de la police collective.

Toute action ou procédure contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables en vertu de la police collective est absolument interdite, sauf si elle est intentée dans le délai prévu par la loi intitulée *Loi sur les assurances* ou par toute législation similaire applicable (p. ex. : *Loi de 2002 sur la prescription des actions*, [Ontario]; Code civil du Québec [Québec]) dans la province du Participant.

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

Si le Participant décède alors qu'il est assuré par la présente garantie, l'assureur s'engage à verser au bénéficiaire le capital assuré indiqué au Tableau sommaire, sous réserve de toutes les modalités et conditions de cette garantie et de la police collective.

Dans le cas d'un Participant atteint d'une Maladie en phase terminale pour laquelle il a une espérance de vie inférieure à 12 mois, un montant égal à 50 % du capital assuré, ou 50 000 \$, selon le moindre des deux, peut être versé au Participant, sous réserve de l'approbation de l'assureur.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Invalidité totale et Totalement invalide signifie que le Participant est, en raison d'une Maladie ou d'un Accident, incapable d'exercer de façon continue tout Emploi rémunérateur, tel que déterminé par l'assureur.

Sauf tel qu'expressément autorisé par la disposition du Programme de réadaptation de la police collective ou tel qu'expressément approuvé par l'assureur, si un Participant entreprend toute occupation, tout emploi, ou toute autre activité générant une compensation ou un profit, il sera réputé ne plus être Totalement invalide.

Les éléments suivants ne seront pas pris en considération pour déterminer l'Invalidité totale :

- a) La disponibilité d'un Emploi rémunérateur; et
- b) La perte, la révocation, le retrait ou le non-renouvellement d'une licence ou de tout autre permis ou certification, professionnel ou de travail, requis pour exercer un tel Emploi rémunérateur.

Toutefois, si le Participant est assuré par l'Assurance invalidité de longue durée en vertu de la police collective, les définitions d'**Invalidité Totale et Totalement invalide** doivent être celles qui sont définies en vertu de la garantie d'Assurance invalidité de longue durée.

Emploi rémunérateur signifie toute occupation, tout emploi ou toute autre activité générant une compensation ou un profit, pour lequel le Participant est raisonnablement qualifié (ou pourrait le devenir) de par sa formation, son éducation ou son expérience, et qui lui permettrait de gagner au moins 70 % de son Revenu brut mensuel indexé avant l'Invalidité totale.

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

DROIT DE TRANSFORMATION

Le Participant dont l'assurance vie est résiliée au moment de son 65^e anniversaire de naissance ou avant en raison de la fin de :

- a) Son emploi; ou
- b) Son appartenance au groupe; ou
- c) Sa police collective et qui n'a cessé d'être assuré par une garantie d'assurance vie offerte par le Titulaire de la police depuis au moins 5 ans,

peut transformer en tout ou en partie son assurance vie en une police d'assurance vie individuelle sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité.

Le Participant peut choisir de transformer son assurance vie en un des types d'assurance suivants :

- a) Permanente; ou
- b) Temporaire à 65 ans; ou
- c) Assurance temporaire un an et transformable en assurance permanente ou temporaire à 65 ans à la fin de la période de un an.

Le montant pouvant être transformé en une police d'assurance vie individuelle comprendra tous les montants d'assurance vie pour lesquels le Participant était assuré en vertu de la présente garantie, d'une garantie d'assurance vie facultative et de toute autre police d'assurance collective établie par l'assureur et n'excédera pas le moindre :

- a) Du montant choisi par le Participant; ou
- b) Du montant pour lequel le Participant était assuré immédiatement avant la fin de son assurance; ou
- c) De la différence entre le montant pour lequel le Participant était assuré immédiatement avant la fin de son assurance et le montant auquel il est admissible en vertu d'une nouvelle police d'assurance vie collective; ou
- d) 200 000 \$ (400 000 \$ pour les Participants qui résident dans la province de Québec).

La police d'assurance vie individuelle ne contient aucune garantie d'invalidité ni de prestation de décès ou mutilation accidentels, et la prime est basée sur les taux de l'assureur alors en usage et qui sont applicables, selon le type et le montant de telle police et selon le sexe et l'âge atteint par le Participant.

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

La police individuelle n'est établie que si une demande écrite à cet effet et si un dépôt couvrant la prime mensuelle d'une police temporaire un an sont reçus par l'assureur dans les 31 Jours suivant la date de la fin de l'assurance vie du Participant et ne prend effet qu'à l'expiration de cette période.

Advenant le décès d'un Participant pendant la période de 31 Jours suivant la date de la fin de son assurance vie, l'assureur paie un montant égal au montant d'assurance vie qui aurait pu être transformé, peu importe que le Participant ait ou non demandé de transformer son assurance vie en une police individuelle.

EXONÉRATION DES PRIMES

(Cette disposition ne s'applique pas aux Retraités)

- a) Un Participant qui devient Totalement invalide est admissible à l'exonération du paiement des primes en vertu de la présente garantie, s'il est âgé de moins de 65 ans et à condition qu'il soit admissible aux prestations en vertu de la garantie Assurance invalidité de longue durée de la police collective, si celle-ci y est incluse.

Si le Participant n'est pas admissible à recevoir des prestations en vertu de la garantie Assurance invalidité de longue durée ou si aucune garantie Assurance invalidité de longue durée n'est incluse dans la police collective, il sera admissible à l'exonération du paiement des primes en vertu de la présente garantie s'il répond à chacune des conditions suivantes :

- i) Le Participant est âgé de moins de 65 ans à la date du début de son Invalidité totale; et
- ii) Le Participant est devenu Totalement invalide selon la définition de la présente garantie, avant toute cessation de son emploi et alors qu'il était assuré en vertu de la présente garantie; et
- iii) Le Participant est Totalement invalide de façon continue depuis au moins 6 mois; et
- iv) La preuve de son Invalidité totale, jugée satisfaisante par l'assureur, doit être soumise à l'assureur dans les 12 mois du début de l'Invalidité totale.

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

- b) Le montant d'assurance auquel l'exonération du paiement de la prime s'applique sera celui qui était en vigueur sur la vie du Participant à la date du début de l'Invalidité totale; ce montant sera assujéti à toutes réductions et cessation indiquées au Tableau sommaire, en vertu de la présente garantie ou aux Conditions générales de la police collective, et qui auraient été applicables au Participant s'il avait été Effectivement au travail.
- c) L'exonération des primes du Participant débute à la première des dates suivantes :
 - i) Le Jour suivant la fin du Délai de carence de la garantie Assurance invalidité de longue durée, le cas échéant; ou
 - ii) Le Jour suivant une période d'Invalidité totale continue de 6 mois.
- d) Le Participant dont les primes sont exonérées en vertu de cette disposition doit soumettre à l'assureur des preuves de son Invalidité totale aussi souvent que l'assureur peut raisonnablement l'exiger.
- e) L'exonération des primes d'un Participant cessera à la première des dates suivantes :
 - i) La date à laquelle le Participant cesse d'être Totalement invalide; ou
 - ii) La date à laquelle le Participant omet de se soumettre à un examen conformément aux termes et conditions de la police collective, lorsqu'exigé par l'assureur; ou
 - iii) La date à laquelle le Participant prend sa retraite ou atteint l'âge normal de la retraite aux termes du régime de retraite de l'Employeur, mais sans jamais dépasser l'âge de 65 ans; ou
 - iv) La date à laquelle le Participant atteint l'âge de cessation indiqué au Tableau sommaire relativement à la garantie Assurance vie du Participant, le cas échéant; ou
 - v) La date à laquelle le Participant omet de soumettre une preuve d'Invalidité totale demandée par l'assureur; ou
 - vi) La date à laquelle le Participant plaide coupable ou est reconnu coupable d'une infraction pour laquelle il est détenu dans un pénitencier, une prison, un établissement correctionnel, un

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

établissement de psychiatrie criminelle ou toute autre institution similaire; ou

- vii) La date à laquelle le Participant refuse de participer ou de coopérer de façon active ou continue à un Programme de réadaptation, lorsqu'exigé par l'assureur.
- f) Si, à la date à laquelle l'exonération des primes prend fin pour le Participant, ce dernier n'est pas admissible à être assuré en vertu de la garantie Assurance vie du Participant, il pourra exercer son Droit de transformation conformément à la présente garantie.

RÉDUCTIONS

Le capital assuré est réduit tel que spécifié au Tableau sommaire. Le capital assuré est également assujéti à toutes réductions applicables indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

CESSATION

L'assurance en vertu de la présente garantie se termine telle qu'indiquée au Tableau sommaire, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Un Participant peut obtenir un montant d'assurance vie facultative à la condition d'en faire la demande écrite à l'assureur et de fournir les preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur et que l'assureur donne son Acceptation des preuves d'assurabilité.

Le capital assuré dont le Participant pourra se prévaloir correspondra au montant d'assurance demandé tel qu'indiqué au Tableau sommaire.

Si le Participant décède alors qu'il était assuré par la présente garantie, l'assureur s'engage à verser au bénéficiaire le capital assuré au moment du décès du Participant, sous réserve de toutes les modalités et conditions de cette garantie et de la police collective.

STATUT DE NON-FUMEUR

Si l'assureur offre des taux de primes réduits pour les non-fumeurs, le Participant qui désire bénéficier de ces taux accordés aux non-fumeurs doit faire une déclaration de non-fumeur sur sa demande de participation.

Fausse déclaration touchant le statut de non-fumeur

Le Participant qui déclare être non-fumeur sur sa demande de participation ou sur sa dernière preuve de déclaration d'assurabilité, si elle est plus récente, alors qu'il est un fumeur, sera réputé avoir fait une fausse déclaration.

S'il est établi, après le décès du Participant, que ce dernier a fait une fausse déclaration, l'assurance vie facultative de ce Participant sera nulle et sans effet et aucune somme d'assurance vie facultative ne sera versée en vertu de la présente garantie.

Preuve de statut

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

EXCLUSIONS

Si un Participant se suicide, sans égard à son état psychologique, et indépendamment de toute maladie ou déficience, moins de 24 mois suivant la date d'entrée en vigueur de son assurance en vertu de la présente garantie,

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

aucune prestation ne sera payable par l'assureur. L'assureur ne remboursera au bénéficiaire que les primes relatives à l'Assurance vie facultative perçues pour ce Participant et ce remboursement le libérera de toutes obligations en vertu de la présente garantie.

Le délai de 24 mois débute à nouveau à la date à laquelle :

- a) L'Assurance vie facultative est remise en vigueur; ou
- b) Le montant d'Assurance vie facultative est augmenté à la demande du Participant, mais uniquement pour le montant d'assurance additionnel.

DISPOSITIONS SUPPLÉMENTAIRES

Toute disposition de la garantie Assurance vie du Participant qui n'est pas incompatible aux dispositions de la présente garantie fait partie intégrante de la présente garantie.

RÉDUCTIONS

Le capital assuré est réduit tel que spécifié au Tableau sommaire. Le capital assuré est également assujéti à toutes réductions applicables indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

CESSATION

L'assurance en vertu de la présente garantie se termine telle qu'indiquée au Tableau sommaire, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE

Un Participant peut obtenir, pour ses Personnes à charge, un montant d'assurance vie facultative à la condition d'en faire la demande écrite à l'assureur et de fournir les preuves d'assurabilité jugées nécessaires par l'assureur et que l'assureur donne son Acceptation des preuves d'assurabilité.

Le capital assuré dont les Personnes à charge pourront se prévaloir correspondra au montant d'assurance demandé tel qu'indiqué au Tableau sommaire.

Si une Personne à charge décède alors qu'elle était assurée par la présente garantie, l'assureur s'engage à verser au Participant le capital assuré au moment du décès, sous réserve de toutes les modalités et conditions de cette garantie et de la police collective.

EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsqu'un Participant est exonéré du paiement de ses primes d'assurance vie en vertu de la disposition Exonération des primes de la garantie Assurance vie du Participant, il sera aussi admissible à l'exonération du paiement des primes relatives à la présente garantie sous réserve des mêmes modalités et des mêmes conditions.

DROIT DE TRANSFORMATION

Un Participant dont l'assurance vie facultative du Conjoint, en vertu de la présente garantie, est résiliée avant ou au moment de son 65e anniversaire de naissance ou avant ou au moment du 65e anniversaire de naissance de son Conjoint, selon le premier des deux événements, en raison de :

- a) La cessation de son emploi; ou
- b) La fin de son appartenance au groupe; ou
- c) La résiliation de la police collective et si le Conjoint n'a cessé d'être assuré par la garantie d'Assurance vie des personnes à charge offerte par le Titulaire de la police depuis au moins 5 ans,

peut transformer en tout ou en partie l'assurance vie facultative de son Conjoint en une police d'assurance vie individuelle sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE

Un Conjoint dont l'assurance vie facultative est résiliée avant ou au moment de son 65e anniversaire de naissance ou avant ou au moment du 65e anniversaire de naissance du Participant, selon le premier des deux événements, en raison du décès du Participant, pourra transformer son assurance vie facultative en tout ou en partie en une police d'assurance vie individuelle sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité.

Le Participant ou le Conjoint, le cas échéant, pourra transformer son assurance vie facultative en un des types d'assurance suivants :

- a) Permanente; ou
- b) Temporaire à 65 ans; ou
- c) Temporaire un an et transformable en assurance permanente ou temporaire à 65 ans à la fin de la période de un an.

Le montant pouvant être transformé en une police d'assurance vie individuelle comprendra tous les montants d'assurance vie et d'assurance vie facultative pour lesquels le Conjoint était assuré en vertu de la présente garantie et de toute autre police d'assurance collective établie par l'assureur et n'excédera pas le moindre :

- a) Du montant choisi par le Participant ou le Conjoint, le cas échéant; ou
- b) Du montant pour lequel le Conjoint était assuré immédiatement avant la fin de son assurance; ou
- c) De la différence entre le montant pour lequel le Conjoint était assuré immédiatement avant la fin de son assurance et le montant auquel il est admissible en vertu d'une nouvelle police d'assurance vie collective; ou
- d) 200 000 \$ (400 000 \$ pour les Participants qui résident dans la province de Québec).

La police d'assurance vie individuelle ne contient aucune garantie d'invalidité ni de prestation de décès ou mutilation accidentels, et la prime est basée sur les taux de l'assureur alors en usage et qui sont applicables selon le type et le montant de telle police et selon le sexe et l'âge atteint du Conjoint.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE

La police d'assurance vie individuelle n'est établie que si une demande écrite à cet effet et si un dépôt couvrant la prime mensuelle d'une police temporaire un an sont reçus par l'assureur dans les 31 Jours suivant la date de la fin de l'assurance vie facultative du Conjoint et ne prend effet qu'à l'expiration de cette période.

Advenant le décès du Conjoint pendant la période de 31 Jours suivant la date de la fin de son assurance vie, l'assureur versera au Participant ou à sa succession un montant égal au montant d'assurance vie qui aurait pu être transformé, peu importe que le Participant ou le Conjoint, le cas échéant, ait ou non demandé de transformer son assurance vie en police individuelle.

STATUT DE NON-FUMEUR

Si l'assureur offre des taux de primes réduits pour les non-fumeurs, le Conjoint qui désire bénéficier de ces taux accordés aux non-fumeurs doit faire une déclaration de non-fumeur sur sa demande de participation à l'assurance vie facultative.

Fausse déclaration touchant le statut de non-fumeur

Le Conjoint qui déclare être non-fumeur sur la demande de participation ou sur sa dernière preuve de déclaration d'assurabilité, si elle est plus récente, alors qu'il est un fumeur, sera réputé avoir fait une fausse déclaration.

Si'il est établi, après le décès du Conjoint, que ce dernier a fait une fausse déclaration, l'assurance vie facultative de ce Conjoint sera nulle et sans effet et aucune somme d'assurance vie facultative ne sera versée en vertu de la présente garantie.

Preuve de statut

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

EXCLUSION

Si une Personne à charge assurée se suicide, sans égard à son état psychologique, et indépendamment de toute maladie ou déficience, moins de

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE

24 mois suivant la date d'entrée en vigueur de son Assurance vie facultative en vertu de la présente garantie, aucune prestation ne sera payable par l'assureur. L'assureur ne remboursera au Participant que les primes relatives à l'Assurance vie facultative perçues pour telle personne et le remboursement le libère de toutes les obligations en vertu de la présente garantie.

Le délai de 24 mois débute à nouveau à la date à laquelle :

- a) L'Assurance vie facultative est remise en vigueur; ou
- b) Le montant d'Assurance vie facultative est augmenté à la demande du Participant, mais uniquement pour le montant d'assurance additionnel.

RÉDUCTIONS

Le capital assuré est assujéti à toutes réductions applicables indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

CESSATION

L'assurance en vertu de la présente garantie se termine telle qu'indiquée au Tableau sommaire, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Si un Participant devient Totalemment invalide alors qu'il est assuré par la présente garantie et qu'il est Effectivement au travail, l'assureur s'engage à verser le montant de la prestation d'invalidité de longue durée prévue au Tableau sommaire, pour chaque mois ou partie de mois durant lequel persiste ladite Invalidité totale, sous réserve de toutes les modalités et conditions de cette garantie et de la police collective.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Invalidité totale et Totalemment invalide signifie qu'au cours du Délai de carence du Participant et des 24 premiers mois suivant le Délai de carence, le Participant est, en raison d'une Maladie ou d'un Accident, incapable d'exercer de façon continue toutes les tâches essentielles de son Occupation régulière pour son propre Employeur et est également incapable d'exercer de façon continue toutes ces mêmes tâches de son Occupation régulière chez tout autre employeur, le tout tel que déterminé par l'assureur.

Après le Délai de carence et les 24 premiers mois suivant le Délai de carence, **Invalidité totale et Totalemment invalide** signifie que le Participant est, en raison d'une Maladie ou d'un Accident, incapable d'exercer de façon continue tout Emploi rémunérateur, tel que déterminé par l'assureur.

Sauf tel qu'expressément autorisé par la disposition Programme de réadaptation de la police collective ou tel qu'expressément approuvé par l'assureur, si un Participant exerce toute occupation, tout emploi, ou toute autre activité générant une compensation ou un profit, il sera réputé ne plus être Totalemment invalide.

Les éléments suivants ne seront pas considérés pour déterminer l'Invalidité totale :

- a) la disponibilité de l'Occupation régulière ou de tout Emploi rémunérateur;
et
- b) La perte, la révocation, le retrait ou le non-renouvellement d'une licence, d'un permis ou de tout autre certification, professionnels ou de travail, requis pour exercer une telle Occupation régulière ou Emploi rémunérateur.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Emploi rémunérateur signifie toute occupation, tout emploi ou toute autre activité générant une compensation ou un profit, pour lequel le Participant est raisonnablement qualifié, ou pourrait le devenir, par sa formation, son éducation ou son expérience et qui lui permettrait de gagner au moins 70 % de son Revenu brut mensuel indexé avant l'Invalidité totale.

Occupation régulière signifie l'occupation que le Participant exerçait de façon régulière immédiatement avant la date de l'Invalidité totale.

Délai de carence signifie la période indiquée au Tableau sommaire pendant laquelle le Participant doit être absent du travail de façon continue en raison d'une Invalidité totale, avant que la prestation d'invalidité de longue durée soit payable.

Demande satisfaisante signifie que le Participant a fait une demande et qu'il a pris toutes les démarches nécessaires pour faire appel de tout rejet de cette demande au plus haut niveau d'appel, le tout dans les délais requis pour faire cette demande ou cet appel.

MODALITÉS DE LA PRESTATION

Début des prestations

Le paiement de la prestation d'invalidité de longue durée commence après l'expiration du Délai de carence indiqué au Tableau sommaire.

Montant des prestations

Le montant de la prestation d'invalidité de longue durée payable est déterminé selon la formule établie au Tableau sommaire et n'excèdera pas le montant maximum mensuel indiqué à ce même tableau.

Toutefois, les journées fériées sont exclues, à moins d'avis contraire du Titulaire de la police.

RÉDUCTIONS DES PAIEMENTS DE LA PRESTATION

Demande satisfaisante

Le Participant est tenu de faire une Demande satisfaisante pour toutes les Réductions directes et toutes les Réductions indirectes auxquelles il a ou pourrait avoir droit selon l'assureur.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Réductions directes

La prestation d'invalidité de longue durée sera réduite des montants suivants payables ou qui seraient payables si une Demande satisfaisante avait été faite pour des :

- a) Prestations d'invalidité payables en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, excluant les prestations payables pour un Enfant à charge; et
- b) Prestations d'accident du travail payables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou d'une loi similaire; et
- c) Prestations de remplacement de revenu payables en vertu d'une loi provinciale sur l'assurance automobile; et
- d) Prestations payables en vertu d'une loi provinciale d'indemnisation des victimes d'actes criminels.

Réductions indirectes

La prestation d'invalidité de longue durée payable par l'assureur sera de nouveau réduite afin que le montant total de tous les revenus, compensations, indemnités et prestations provenant de Toutes sources qui sont payables ou seraient payables au Participant si une Demande satisfaisante avait été faite, n'excède pas :

- a) 80 % du Revenu brut mensuel avant l'Invalidité totale du Participant, si la prestation d'invalidité de longue durée est imposable; et
- b) 80 % du Revenu net mensuel avant l'Invalidité totale du Participant, si la prestation d'invalidité de longue durée est non imposable.

Toutes sources signifie :

- a) La prestation d'invalidité de longue durée en vertu de la police collective; et
- b) Toutes Réductions directes énumérées précédemment; et
- c) Les prestations ou indemnités que le Participant recevrait ou pourrait recevoir, en raison de son invalidité :
 - i) du Titulaire de la police,
 - ii) de l'Employeur,

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

- iii) de tout organisme gouvernemental,
- iv) d'un régime d'assurance souscrit par une franchise ou une association,
- v) d'une assurance collective ou d'un régime de retraite auquel contribue le Titulaire de la police ou l'Employeur,
- vi) d'un tiers sous la forme de dommages en raison d'une perte de revenu.

Paiements forfaitaires

Advenant que l'un des montants énumérés aux paragraphes b) et c) de la définition de Toutes sources du paragraphe Réductions indirectes soit payé au Participant en un montant forfaitaire, l'assureur aura le droit de réduire la prestation d'invalidité de longue durée du montant mensuel qui aurait été payable au Participant si ce montant forfaitaire avait été payé sur une base mensuelle, selon le cas de façon rétroactive ou à l'avenir. L'assureur aura le droit de calculer ce montant mensuel qui aurait été payable en se basant sur la période de temps que couvre le montant forfaitaire. S'il n'y a pas de période de temps stipulée pour ce montant forfaitaire, l'assureur aura le droit de déterminer une période de temps raisonnable.

Réductions liées au Programme de réadaptation

Si le Participant participe à un Programme de réadaptation approuvé par l'assureur, le montant des prestations d'invalidité de longue durée payable par l'assureur sera réduit afin que le montant total de tous les revenus, compensations, profits, indemnités et prestations qui sont payables au Participant en vertu de (i) Toutes sources et (ii) du Programme de réadaptation approuvé, n'excède pas :

- a) 100 % du Revenu brut mensuel avant l'Invalidité totale du Participant si la prestation d'invalidité de longue durée est imposable; ou
- b) 100 % du Revenu net mensuel avant l'Invalidité totale du Participant si la prestation d'invalidité de longue durée est non imposable.

Réductions additionnelles

Après les premières réductions faites à tout montant énuméré aux paragraphes b) et c) de Toutes sources définies précédemment, les ajustements futurs au

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

coût de la vie apportés aux montants payables provenant de ces sources n'entraîneront pas de réductions additionnelles.

CESSATION DES PRESTATIONS

La prestation d'invalidité de longue durée cesse à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle la période maximale de paiement des prestations spécifiée au Tableau sommaire est atteinte; ou
- b) La date à laquelle le Participant cesse d'être Totalement invalide; ou
- c) La date à laquelle le Participant atteint l'âge limite indiqué au Tableau sommaire pour la garantie Assurance invalidité de longue durée; ou
- d) La date à laquelle le Participant prend sa retraite ou atteint l'âge normal de la retraite aux termes du régime de retraite de l'Employeur; ou
- e) La date du décès du Participant; ou
- f) La date à laquelle le Participant omet de se soumettre à un examen conformément à la police collective, tel qu'exigé par l'assureur; ou
- g) La date à laquelle le Participant omet de fournir toutes les preuves d'Invalidité totale requises par l'assureur; ou
- h) La date à laquelle le Participant refuse de participer et de coopérer de façon active et continue à un Programme de réadaptation exigé par l'assureur; ou
- i) La date à laquelle le Participant plaide coupable ou est reconnu coupable d'une infraction pour laquelle il est détenu dans un pénitencier, une prison, un établissement correctionnel, un établissement de psychiatrie criminelle ou toute autre institution similaire; ou
- j) La date à laquelle le Participant entreprend toute occupation, tout emploi ou toute autre activité générant une compensation ou un profit, sauf tel qu'expressément permis par la disposition de Programme de réadaptation de la police collective et approuvé expressément par l'assureur.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

PÉRIODES SUCCESSIVES D'INVALIDITÉ TOTALE

Durant le Délai de carence

Si un Participant qui était Totalelement invalide retourne Effectivement au travail avant la fin de son Délai de carence et redevient Totalelement invalide alors que son assurance en vertu de la présente garantie est en vigueur, cette période successive d'Invalidité totale sera considérée comme étant une rechute de l'Invalidité totale précédente, seulement si :

- a) Elle est attribuable à la même cause que l'Invalidité totale précédente ou à des causes connexes; et
- b) Le Participant a été Effectivement au travail pendant moins de 31 Jours consécutifs suite à la fin de l'Invalidité totale précédente.

Après le Délai de carence

Si un Participant qui était Totalelement invalide retourne Effectivement au travail après la fin de son Délai de carence, et redevient Totalelement invalide alors que son assurance en vertu de la présente garantie est en vigueur, cette période successive d'Invalidité totale sera considérée comme étant une rechute de l'Invalidité totale précédente, seulement si :

- a) Elle est attribuable à la même cause que l'Invalidité totale précédente ou à des causes connexes; et
- b) Le Participant a été Effectivement au travail pendant moins de 6 mois consécutifs suite à la fin de l'Invalidité totale précédente.

Rechute de l'Invalidité totale

Lorsqu'une période successive d'Invalidité totale est considérée par l'assureur comme étant une rechute de l'Invalidité totale précédente conformément à la présente disposition, le Délai de carence n'est pas appliqué une seconde fois. Cependant, si le Délai de carence n'était pas entièrement écoulé lors de l'Invalidité totale précédente, seulement la portion non écoulée du Délai de carence sera appliquée.

La prestation d'invalidité de longue durée payable pour une rechute de l'Invalidité totale précédente sera déterminée conformément aux termes et modalités de la police collective, basée sur le Revenu du Participant à la date de l'Invalidité totale précédente. Pour les rechutes d'Invalidité totale précédente,

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

la prestation ne sera pas versée au-delà de la période maximale des prestations indiquée au Tableau sommaire.

Nouvelle Invalidité totale

Si l'assureur détermine qu'une période successive d'Invalidité totale n'est pas une rechute de l'Invalidité totale précédente conformément à la présente disposition, cette période successive d'Invalidité totale sera considérée comme une nouvelle Invalidité totale et un nouveau Délai de carence sera appliqué.

EXCLUSIONS

Aucune prestation d'invalidité de longue durée ne sera payable pour une Invalidité totale causée directement ou indirectement, ou qui est d'une quelconque façon ou degré, associée à ou occasionnée par l'une des causes suivantes :

- a) La participation à une agitation civile, une insurrection ou une guerre, que cette guerre soit déclarée ou non, ou une émeute, sauf si ces événements surviennent alors que le Participant exerce ses fonctions.
- b) Toute blessure que le participant s'inflige, sauf si les preuves médicales démontrent que la blessure est directement liée à un problème de santé mentale.
- c) Un soin, une chirurgie ou un traitement qui n'est pas Médicalement requis.
- d) Un soin, une chirurgie ou un traitement de l'infertilité.
- e) Un soin, une chirurgie ou un traitement dans un but esthétique, sauf lorsque le soin, la chirurgie ou le traitement est Médicalement requis et résulte directement d'une Maladie ou d'un Accident.
- f) La perpétration ou la tentative de perpétration de toute infraction en vertu de tout code criminel ou législation similaire dans toute juridiction, si le Participant a été inculpé ou déclaré coupable.
- g) L'utilisation, la garde ou le contrôle de tout véhicule ou bateau par le Participant avec un taux d'alcoolémie qui excède la limite permise par la loi, ou sous l'influence de toute drogue, prescrite ou non, ou de toute autre substance intoxicante ou addictive.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

- h) Toute dépendance, y compris celles aux drogues et à l'alcool, sans toutefois s'y limiter, et sauf si le Participant participe et coopère activement pour cette dépendance à un programme de traitement médical dans un milieu hospitalier.
- i) L'utilisation, la garde ou le contrôle dangereux par le Participant de tout véhicule ou bateau, si le Participant a été déclaré coupable.
- j) **Pour tous les Employés et, sous réserve d'approbation du Titulaire de la police, pour les Employés expatriés** : Un Participant qui s'absente du Canada et des États-Unis pour une période de plus de 90 Jours consécutifs **après le début du paiement des prestations** perd son droit aux prestations prévues par la présente garantie, et ce droit n'est rétabli qu'à son retour, sous réserve de toute autre disposition de la présente garantie.
- k) Un État de santé antérieur, lorsque l'Invalidité totale débute dans les 12 mois suivant la date à partir de laquelle le Participant est devenu assuré en vertu de la présente garantie.

L'État de santé antérieur signifie une Maladie ou un Accident ou les symptômes d'une Maladie ou les symptômes résultant d'un Accident, diagnostiqué ou non :

- i) Pour lequel le Participant a sollicité ou reçu (ou pour lequel il lui a été conseillé de solliciter ou de recevoir) tout traitement, avis, consultation, test diagnostics ou tout soin ou service de tout fournisseur de soins médicaux ou de santé; ou
- ii) Pour lequel le Participant s'est vu prescrire des médicaments ou a pris des médicaments

au cours des 3 mois précédant la date à laquelle le Participant est devenu assuré en vertu de la présente garantie.

Toutefois, si la police collective est émise en remplacement de la police d'un assureur précédent, la prestation d'invalidité de longue durée sera payable pour une Invalidité totale causée par un État de santé antérieur, pourvu que le Participant :

- i) Ait été assuré par la police de l'assureur précédent à la date de sa résiliation; et
- ii) Soit devenu assuré en vertu de la présente garantie à la date de l'entrée en vigueur de la police collective; et

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

- iii) Ait été Effectivement au travail à la date d'entrée en vigueur de la police collective; et
- iv) Respecte la période d'exclusion relative à l'État de santé antérieur de la police collective, compte tenu de la période continue assurée en vertu des deux polices, ou de la police de l'assureur précédent, compte tenu de la période continue assurée en vertu des deux polices.

La prestation d'invalidité de longue durée payable au Participant sera établie conformément à la présente garantie, mais en aucun cas elle n'excédera le montant et la durée des prestations d'invalidité de longue durée maximale de la police de l'assureur précédent.

RESTRICTIONS

La prestation d'invalidité de longue durée ne sera pas payable durant toute période au cours de laquelle :

- a) Le Participant n'est pas sous les soins curatifs et continus prodigués activement par un Médecin, qui est un Spécialiste dans la discipline médicale applicable à son Invalidité totale.
- b) Le Participant ne suit pas le traitement médical, qui selon l'assureur est requis.
- c) Le Participant est hors du Canada pour une période de 90 Jours consécutifs ou plus.
- d) Le Participant est détenu dans un pénitencier, une prison, un établissement correctionnel, un établissement de psychiatrie criminelle ou tout autre établissement similaire, par ordre de la cour ou d'une commission d'examen.
- e) Le Participant est en congé pris conformément à toute loi provinciale ou fédérale, y compris, sans toutefois s'y limiter, un congé de maternité, parental ou familial.
- f) Le Participant est en congé, qui a été approuvé par l'Employeur.
- g) Le Participant est en congé de toute autre nature que ceux mentionnés dans cette disposition.
- h) Le Participant est suspendu avec ou sans solde.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

INVALIDITÉ TOTALE DÉBUTANT ALORS QUE LE PARTICIPANT N'EST PAS EFFECTIVEMENT AU TRAVAIL

Aucune prestation ne sera payable pour une Invalidité totale qui commence alors que le Participant n'est pas Effectivement au travail, sauf tel qu'expressément prévu dans cette disposition.

Si un Participant n'est pas Effectivement au travail en raison d'une des Absences prévues dans la présente disposition, la prestation d'invalidité de longue durée pour une Invalidité totale qui commence durant une telle Absence ne sera payable que si toutes les Conditions énoncées dans cette disposition sont rencontrées :

Comme il est stipulé dans cette disposition, Absence signifie :

- a) Un congé pris conformément à toute loi provinciale ou fédérale, y compris, sans toutefois s'y limiter, un congé de maternité, parental ou familial.
- b) Un licenciement, selon les règles établies par le Titulaire de la police.

Comme il est stipulé dans cette disposition, Conditions signifie que :

- a) L'assurance du Participant pour cette garantie était
 - i) En vigueur à la date de l'Invalidité totale; et
 - ii) Maintenu en vigueur durant la totalité de l'Absence conformément aux modalités et conditions énoncées dans cette garantie et dans la police collective pour le maintien en vigueur de l'assurance, y compris, sans toutefois s'y limiter, la disposition Fin de l'Assurance de la police collective; et
- b) Toutes les primes dues pour le Participant durant l'Absence ont été payées à l'assureur; et
- c) Si le Participant n'avait pas été en Absence, il aurait autrement été capable de satisfaire la définition d'Effectivement au travail; et
- d) Le Participant satisfait toutes les modalités et conditions énoncées dans cette garantie et dans la police collective à la date de l'Invalidité totale et pendant l'Absence.

Si les Conditions susmentionnées sont satisfaites, toute prestation d'invalidité de longue durée payable à un Participant commencera seulement à la plus tardive des dates suivantes :

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

- a) La date à laquelle le Délai de carence est satisfait; ou
- b) La date à laquelle il était prévu que le Participant retourne Effectivement au travail suite à la date prévue de la fin de son Absence.

PROGRAMME DE RÉADAPTATION

L'assureur peut, à sa seule discrétion, exiger d'un Participant Totalement invalide qu'il participe à un Programme de réadaptation, pour une période maximale de 24 mois, après l'expiration de son Délai de carence.

Programme de réadaptation signifie tout programme ou activité qui, selon l'assureur, pourrait aider un Participant Totalement invalide à reprendre son Occupation régulière ou tout Emploi rémunérateur. Un tel Programme de réadaptation doit être approuvé par l'assureur.

Un Programme de réadaptation peut inclure toute forme d'activités ou de programmes suivants :

- a) Les programmes de réentraînement au travail ou de retour au travail progressif, adapté, à l'essai ou à temps partiel.
- b) Les évaluations fonctionnelles ou occupationnelles, les services de placement ou de recherche d'emploi.
- c) Les traitements ou l'accès à des services de soins de santé ou des appareils d'assistance ou tout autre équipement.
- d) Le développement ou le perfectionnement des compétences ou des connaissances, de la formation, de la réorientation ou des cours pédagogiques.
- e) Tout autre programme ou activité que l'assureur, à sa seule discrétion, détermine comme étant un Programme de réadaptation approprié et raisonnable, en tenant compte de facteurs tels que la nature et la durée prévue de l'Invalidité totale du Participant, sa formation, son éducation ou son expérience, ainsi que la nature, la portée et le coût du programme ou de l'activité.

L'approbation d'un Programme de réadaptation par l'assureur ne constitue pas une approbation continue de tel programme dans le futur. L'assureur peut, conséquemment et à sa seule discrétion, mettre fin à un Programme de réadaptation en tout temps et pour toute raison.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Dépenses de réadaptation

Toutes les dépenses d'un Programme de réadaptation doivent être approuvées à l'avance et par écrit par l'assureur. Si l'assureur approuve de telles dépenses, l'assureur pourra les limiter à un total cumulatif de 3 fois la prestation d'invalidité de longue durée.

Participation active et continue exigée

Le Participant doit participer et coopérer de façon active et continue au Programme de réadaptation. La prestation d'invalidité de longue durée cessera si, selon l'assureur, le Participant ne participe pas ou ne coopère pas de façon active ou continue à un tel Programme de réadaptation.

EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsqu'un Participant est exonéré du paiement de ses primes en vertu de la disposition Exonération des primes de la garantie Assurance vie du Participant, il est aussi admissible à l'exonération du paiement des primes de la présente garantie sous réserve des mêmes conditions.

AJUSTEMENT AU COÛT DE LA VIE

Le montant de prestation d'invalidité de longue durée versé sera ajusté le premier Jour de janvier de chaque année, selon l'indice des prix à la consommation pour le Canada, jusqu'à concurrence du taux maximum d'ajustement au coût de la vie indiqué au Tableau sommaire.

CESSATION

L'assurance en vertu de la présente garantie se termine telle qu'indiquée au Tableau sommaire, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

ASSURANCE MÉDICAMENTS QUÉBEC

Addendum à l'Assurance maladie complémentaire applicable aux résidents du Québec seulement

L'assureur s'engage à rembourser les frais relatifs aux médicaments sur ordonnance, énumérés dans la liste du Régime général d'assurance médicaments du Québec, pour chaque Personne assurée résidant au Québec et inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec (ci-après appelée la Régie), sans égard à l'état de santé de la Personne assurée.

L'assurance en vertu de la présente garantie est obligatoire pour tout Participant et ses Personnes à charge couvertes par la police collective, sous réserve des dispositions de la *Loi sur l'assurance médicaments*.

L'assurance offerte dans la présente garantie est conforme aux dispositions pertinentes de la *Loi sur l'assurance médicaments* et du Tableau sommaire.

Toute modification à la *Loi sur l'assurance médicaments* touchant le Régime général d'assurance médicaments du Québec modifiera également les dispositions pertinentes du présent addendum et de la police collective.

Si une disposition de l'Assurance maladie complémentaire est, en partie ou complètement, contraire à la *Loi sur l'assurance médicaments*, cette disposition ou la partie qui est réputée contraire sera présumée être amendée pour être conforme aux exigences minimales de la *Loi sur l'assurance médicaments*.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans le présent addendum :

Franchise : La Franchise est la part du coût des frais couverts qui doit être défrayée par la Personne assurée. Le montant de la Franchise exigible, le cas échéant, est indiqué au Tableau sommaire.

Remboursement : Le Remboursement représente le pourcentage des frais couverts engagés qui est remboursé par l'assureur après avoir été déduit de la Franchise. Ce pourcentage est indiqué au Tableau sommaire.

Coassurance : La Coassurance est la proportion du coût des frais couverts qui doit être défrayée par la Personne assurée, jusqu'à concurrence de la Contribution maximale.

ASSURANCE MÉDICAMENTS QUÉBEC

Contribution maximale : La Contribution maximale est le montant total assumé par la Personne assurée au-delà duquel le coût des frais couverts exigibles selon la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec est assumé par l'assureur à 100 %.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES POUR LES PERSONNES ASSURÉES DE 65 ANS ET PLUS

Le choix d'une Personne assurée de s'assurer auprès de la Régie par l'entremise du Régime général d'assurance médicaments du Québec est irrévocable.

Catégorie 001 :

Dans la police collective, les Participants âgés de 65 ans et plus seront présumés être couverts en vertu de la présente garantie, ainsi que leurs Personnes à charge, quel que soit leur âge.

Catégorie 004 :

Dans la police collective, les Participants de 65 ans et plus seront présumés être couverts par la Régie en vertu du Régime général d'assurance médicaments du Québec. De plus, les Personnes à charge d'un Participant de 65 ans ou plus seront présumées être couvertes par la Régie en vertu du Régime général d'assurance médicaments du Québec, quel que soit leur âge. Toutefois, le Conjoint de 65 ans et plus d'un Participant de moins de 65 ans sera considéré être couvert en vertu de la présente garantie.

Pour toutes les catégories :

Le choix d'une Personne assurée de 65 ans et plus de s'assurer auprès de la Régie pour le Régime général d'assurance médicaments du Québec est irrévocable.

Par ailleurs, l'assureur se réserve le droit de modifier les taux de la présente garantie pour toute Personne assurée de 65 ans et plus qui est admissible à l'assurance en vertu de la police collective et qui a choisi de s'assurer en vertu de la présente garantie.

Nonobstant toute autre disposition à l'effet contraire contenue dans la police collective, cette garantie ne prévoit aucune cessation en raison de l'âge du Participant.

ASSURANCE MÉDICAMENTS QUÉBEC

FRAIS COUVERTS

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

- a) Les services d'exécution ou de renouvellement d'une ordonnance fournis par un pharmacien pour un médicament inclus dans la liste de la Régie ou déterminé par les règlements gouvernementaux;
- b) Les médicaments inclus dans la liste de la Régie et qui sont fournis par un pharmacien sur ordonnance d'un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire des médicaments;
- c) Tout médicament déterminé par les règlements gouvernementaux, lorsque prescrit en raison des états et des indications thérapeutiques indiqués dans les règlements.

Cette garantie ne couvre pas le coût des services pharmaceutiques et des médicaments qu'une Personne assurée peut obtenir et auxquels elle a droit en vertu de toute loi, autre que la *Loi sur l'assurance médicaments*, ou de tout autre régime gouvernemental.

Restrictions des quantités quant à l'exécution des ordonnances

La quantité de médicaments pouvant être distribuée pour toute ordonnance sera limitée à la quantité suffisante pour une période pouvant aller jusqu'à 100 Jours.

RÉDUCTIONS

Les frais couverts par la présente garantie sont limités aux frais raisonnables et courants normalement engagés pour des frais identiques, couverts et facturés au Québec. Ces frais raisonnables et courants sont établis par l'assureur et peuvent être révisés au besoin.

EXCLUSIONS

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

ASSURANCE MÉDICAMENTS QUÉBEC

COORDINATION DES PRESTATIONS

La Coordination des prestations se fera telle que prévue à la disposition Coordination des prestations de la garantie Assurance maladie complémentaire.

CESSATION

L'assurance en vertu de la présente garantie se termine telle qu'indiquée au Tableau sommaire, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Y compris les Médicaments prescrits pour les résidents des provinces hors Québec

L'assureur s'engage à rembourser les frais médicaux définis aux présentes découlant d'une blessure, d'une Maladie ou d'une grossesse et ayant été engagés alors que la Personne assurée était couverte par la présente garantie, sous réserve de toutes les modalités et conditions de cette garantie et de la police collective.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Appareils thérapeutiques ou appareils médicaux : Appareils couramment utilisés selon les normes du fabricant et reconnus spécifiquement pour le traitement immédiat d'une condition pathologique suite à une Maladie ou un Accident, tels que les appareils pour le contrôle de la douleur, le prolongement de la physiothérapie et l'administration d'un médicament, les appareils d'assistance respiratoire et de diagnostic, excluant les appareils orthopédiques et les stéthoscopes.

Chirurgie d'un jour : Chirurgie effectuée dans un Hôpital ou dans une clinique externe affiliée à un Hôpital et nécessitant une anesthésie locale, régionale ou générale, à l'exclusion de toute chirurgie mineure pouvant être effectuée dans le bureau du Médecin.

Dentiste généraliste : Un dentiste licencié qui exerce sans spécialité à l'intérieur de sa profession.

Franchise : La Franchise est la part du coût des frais couverts qui doit être défrayée par la Personne assurée. Le montant de la Franchise exigible, le cas échéant, est indiqué au Tableau sommaire.

Hospitalisation et Hospitalisé : L'occupation d'une chambre d'Hôpital à titre de patient alité admis, pour laquelle des frais de chambre et d'hébergement ont été facturés en lien avec l'Hospitalisation. Un séjour de plus de 24 heures sous surveillance à l'urgence, même sans émission de facture, est considéré comme une Hospitalisation. La Chirurgie d'un jour est considérée comme une période d'Hospitalisation.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

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

Médicalement requis : Généralement accepté et reconnu par la profession médicale canadienne, ou la profession dentaire canadienne, s'il y a lieu, comme étant efficace, approprié et indispensable comme traitement d'une Maladie ou d'une blessure, y compris les blessures résultant d'un Accident conformément aux normes médicales canadiennes, ou aux normes dentaires canadiennes, s'il y a lieu.

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

Remboursement : Le Remboursement représente le pourcentage des frais couverts engagés qui est remboursé par l'assureur après avoir été déduit de la Franchise. Ce pourcentage est indiqué au Tableau sommaire.

Urgence médicale : Un événement soudain et imprévu qui requiert une surveillance médicale immédiate.

HOSPITALISATION DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Les frais de chambre et pension exigés par un Hôpital dans la province de résidence de la Personne assurée qui sont en excédent du montant remboursé par le régime de soins de santé gouvernemental, jusqu'à concurrence du maximum quotidien indiqué au Tableau sommaire, à condition que :

- a) La Personne assurée occupe une chambre d'Hôpital à titre de patient alité admis; et
- b) Le type d'hébergement ait été demandé de manière spécifique par la Personne assurée; et
- c) La Personne assurée ait été Hospitalisée pour des soins ponctuels et non pour des soins chroniques ou pour des soins liés à une convalescence.

La chirurgie d'un jour est considérée comme une période d'Hospitalisation.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE ENGAGÉS HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Un Participant qui choisit l'option Exemption bénéficie de la présente couverture si ce dernier s'absente pour des raisons professionnelles seulement.

Les frais pour les services et l'équipement énumérés dans la présente garantie seront couverts, jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au Tableau sommaire, lorsque ces derniers sont engagés à la suite d'une Urgence médicale qui survient alors que la Personne assurée était hors de sa province de résidence, à condition que :

- a) La Personne assurée soit assurée en vertu de l'Assurance maladie complémentaire au moment où l'Urgence médicale survient; et
- b) L'Urgence médicale est survenue au cours des premiers 90 Jours consécutifs (catégorie 001) ou au cours des premiers 30 Jours consécutifs (catégorie 004) de l'absence de la Personne assurée de sa province de résidence.

Par contre, si l'absence est due au fait que la Personne assurée fréquente à temps plein une institution d'enseignement agréée, l'Urgence médicale survienne durant l'année scolaire au cours de laquelle la Personne assurée était inscrite à une institution d'enseignement; et

- c) La Personne assurée se soit absentée pour des raisons professionnelles, pour des vacances ou pour fréquenter à temps plein une institution d'enseignement agréée; et
- d) Les services et l'équipement aient dû être fournis avant le retour de la Personne assurée dans sa province de résidence afin de ne pas nuire à sa santé.

Les services et les équipements suivants reçus en raison d'une Urgence médicale seront couverts :

- a) Les soins reçus d'un Médecin;
- b) L'hébergement dans un Hôpital tel que prévu à la disposition Hospitalisation dans la province de résidence;
- c) Les services de nature médicale, les équipements et les appareils fournis lors d'une Hospitalisation;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- d) Le diagnostic, les services d'imagerie médicale et de laboratoire;
- e) Les services paramédicaux fournis lors d'une Hospitalisation;
- f) Les fournitures et les services fournis en clinique externe;
- g) Les médicaments;
- h) Les fournitures et les appareils médicaux fournis hors de l'Hôpital;
- i) Le transport professionnel en ambulance de la Personne assurée vers l'Hôpital le plus proche qui possède l'équipement nécessaire afin de fournir le traitement médical requis;
- j) Les honoraires de chirurgiens dentistes pour des soins dentaires d'urgence requis à la suite d'un traumatisme externe, lorsqu'il y a endommagement des dents naturelles et saines n'ayant subi aucun traitement ou pour réduction de fracture ou dislocation de la mâchoire. Le traitement doit débuter alors que la Personne assurée est couverte et se terminer dans les 6 mois suivant la date de l'Accident. Le montant remboursable est de 2 000 \$ par Accident par Personne assurée.

Pour les services paramédicaux, les médicaments et les appareils médicaux, seuls ceux qui auraient été couverts dans la province de résidence de la Personne assurée le seront s'ils ont été fournis à l'extérieur de la province de résidence en raison d'une Urgence médicale.

Restrictions quant aux frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence

Si la Personne assurée doit être Hospitalisée hors de sa province de résidence en raison d'une Urgence médicale, la Personne assurée est tenue de communiquer avec le service d'assistance médicale désigné par l'assureur aussitôt que la Personne assurée est raisonnablement en mesure de le faire après le début de son Hospitalisation. Le manquement à remplir cette condition peut mener au refus de l'assureur de prendre en charge la demande de règlement de la Personne assurée ou à la restriction de la demande de règlement résultant, directement ou indirectement, de l'Urgence médicale.

De plus, si, lors d'une Urgence médicale, l'assureur est d'avis que la Personne assurée peut être rapatriée dans sa province de résidence sans nuire à sa santé et que la Personne assurée refuse d'être rapatriée, l'assureur ne remboursera

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

par la suite aucuns frais engagés par la Personne assurée en raison de l'Urgence médicale.

Aucune protection ne sera fournie en vertu de cette garantie pour les frais engagés à la suite d'une Urgence médicale si :

- a) L'état de santé de la Personne assurée n'était pas stable avant que l'absence de sa province de résidence débute; et
- b) L'Urgence médicale résulte directement ou indirectement de cet état de santé.

L'assureur détermine ce que stable signifie. Dans cette évaluation, l'assureur peut prendre en considération, y compris, mais sans s'y limiter, les facteurs médicaux suivants :

- a) L'état de santé;
- b) Un traitement médical, un examen, une consultation ou une Hospitalisation;
- c) L'augmentation ou la détérioration de tout symptôme ou de tout problème de santé;
- d) Un changement de médication ou de traitement médical;
- e) Un traitement médical ou un examen médical prévu, ou pour lequel des résultats sont en attente, pour tout symptôme ou tout problème de santé;

dans une période de 90 Jours précédant cette absence.

Prolongation de la couverture pour les Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence

La présente garantie est automatiquement prolongée, sans frais, à la fin de la période maximale de 90 Jours consécutifs (catégorie 001) ou de 30 Jours consécutifs (catégorie 004) par voyage :

- a) jusqu'à concurrence de 24 heures lorsque le retour à la maison de la Personne assurée est reporté en raison d'un retard du transporteur ou à la suite d'un Accident de la route ou d'un problème mécanique survenu sur le véhicule personnel de la Personne assurée alors que celle-ci y prenait place et retournait vers son point de départ (la demande doit être accompagnée des pièces justificatives); ou

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- b) pendant la durée de l'hospitalisation et les 24 heures qui suivent la sortie de l'hôpital de la Personne assurée; ou
- c) jusqu'à concurrence de 72 heures lorsque le retour au lieu de résidence est reporté à cause d'une Maladie de la Personne assurée ayant débuté dans les 24 heures qui précèdent la date prévue de retour et nécessitant d'urgence des soins médicaux.

FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA, AUTRES QUE CEUX ENGAGÉS EN RAISON D'UNE URGENCE MÉDICALE À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Les frais médicaux couverts sont les suivants, jusqu'à concurrence des maximums prévus au Tableau sommaire :

- a) Les médicaments (y compris les auxiliaires anti-tabagisme, les contraceptifs oraux, les médicaments injectables, les médicaments pour le traitement de la fertilité ou de l'infertilité, les médicaments contre la dépendance, les produits anesthésiants, les sérums et les vaccins) qui sont délivrés par un pharmacien et qui ne peuvent être obtenus que sur l'ordonnance d'un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire des médicaments, à l'exception des produits exclus à la disposition Exclusions et réductions de la présente garantie.

Les médicaments prescrits par la loi tels que, mais non limités, aux médicaments d'entretien pris sur une base quotidienne, durant une période prolongée, pour le traitement d'un problème de santé continu, tels que les médicaments pour le traitement de l'asthme, du diabète, de l'hypertension artérielle, du taux de cholestérol élevé, pourvu qu'ils soient prescrits par un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire de tels médicaments et qu'ils soient délivrés par un pharmacien.

L'équipement lié à l'injection d'insuline tels les aiguilles, les seringues, les lancettes et le matériel pour des tests de diagnostic.

Pour les résidents du Québec, ces frais médicaux sont en excédent de ceux de la garantie Assurance médicaments Québec.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Restrictions quant à l'exécution des ordonnances

La quantité de médicaments pouvant être distribuée pour toute ordonnance sera limitée à la quantité suffisante pour une période pouvant aller jusqu'à 100 Jours.

Certains médicaments, communément appelés «médicaments d'exception dans la liste RAMQ», sont couverts pour les indications thérapeutiques et aux conditions déterminées par le règlement applicable au Régime général d'assurance-médicaments. Un médicament d'exception est celui qui requiert une autorisation préalable de l'assureur.

Certains médicaments devront être pré-autorisés par l'assureur avant leur utilisation. Pour ces médicaments, la Personne assurée devra demander à son Médecin traitant de fournir à l'assureur de l'information sur son état de santé, les traitements précédents et les raisons médicales qui justifient la prise du médicament.

Dans le cadre de son processus de préautorisation, l'assureur peut demander qu'un médicament soit acheté par l'entremise du réseau de pharmacies privilégiées qui a été approuvé par l'assureur. Si la Personne assurée choisissait d'utiliser une autre pharmacie, le montant remboursé à la Personne assurée sera basé sur le montant qui aurait été facturé par le réseau de pharmacies approuvé par l'assureur. L'assureur ne sera pas responsable de tout montant en excès du montant qui aurait été remboursé si la Personne assurée avait utilisé le réseau de pharmacies approuvé.

L'assureur se réserve le droit d'exclure la couverture de n'importe quel médicament lorsqu'il détermine, à sa seule discrétion, que ce médicament cause ou pourrait causer un changement significatif dans le risque assuré en vertu de la police collective ou un changement significatif en général dans le risque pour l'assureur.

Si le médicament est un Médicament d'origine qui possède un équivalent générique, le montant remboursable sera fondé sur le coût du médicament interchangeable le moins cher. Cependant, si la Personne assurée fournit des preuves satisfaisantes à l'assureur indiquant que, pour une raison médicale valable confirmée par son Médecin traitant, elle doit prendre le Médicament d'origine, l'assureur effectuera le Remboursement en fonction du coût du médicament prescrit admissible.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Comme il est stipulé ci-dessus, le médicament interchangeable le moins cher comprendra, sans s'y limiter :

- i) Un médicament de relais pour le Médicament d'origine considéré comme interchangeable par la loi; ou
 - ii) Un produit biologique ultérieur.
- b) Les services fournis au domicile de la Personne assurée par un infirmier autorisé ou par un infirmier auxiliaire, à condition que :
- i) Les services rendus soient prescrits par un Médecin et approuvés au préalable par l'assureur;
 - ii) Les services soient Médicalement requis;
 - iii) Les services soient de l'ordre de ceux fournis par un infirmier autorisé ou par un infirmier auxiliaire; et
 - iv) L'infirmier autorisé ou l'infirmier auxiliaire ne possède aucun lien de parenté avec la Personne assurée et ne demeure pas avec elle normalement.
- c) Honoraires de médecins pour produire une attestation médicale ou fournir des renseignements supplémentaires, lors d'une absence pour cause de Maladie, relativement à une demande d'indemnisation présentée au titre de la garantie Assurance invalidité de longue durée de la police collective, le cas échéant. Les frais sont remboursés à compter de la deuxième attestation médicale et la date du reçu doit être différente de la date de début d'invalidité.
- d) Le service ambulancier professionnel pour le transport en cas d'Urgence médicale jusqu'à l'Hôpital le plus proche équipé pour fournir les traitements nécessaires ou pour le transport depuis l'Hôpital, lorsque l'état de la Personne assurée empêche l'utilisation d'un autre moyen de transport.
- e) Frais de séjour dans un établissement de soins de santé autorisé à fournir des soins de réadaptation ou de convalescence pourvu que :
- i) La Personne assurée soit sous la supervision régulière d'un Médecin ou d'un infirmier autorisé; et
 - ii) Le séjour ait été recommandé par un Médecin; et

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

iii) Le séjour commence dans les 14 Jours suivant la fin d'une période d'Hospitalisation; et

iv) Le séjour ait pour but la réadaptation ou la convalescence.

Toutefois, les frais de séjour pour des soins de réadaptation ou de convalescence en raison d'abus de drogue ou d'alcool ou de dépendance à ces substances ne sont pas remboursés.

f) Frais pour les examens de laboratoire et les services d'imagerie médicale à des fins de diagnostic (tels que, sans toutefois s'y limiter, les radiographies, les tomодensitométries, les échographies et les résonances magnétiques, y compris les tests de type *Procrea* et les électrocardiogrammes) autres que les frais de radiographies d'un praticien de soins paramédicaux, pourvu que :

i) La couverture de ces examens et services ne soit pas interdite par une législation provinciale;

ii) Les examens et services soient effectués dans un établissement autorisé à effectuer de tels examens et services; et

iii) Les examens et les services aient été nécessaires au diagnostic d'une Maladie ou d'une blessure ou afin de déterminer l'efficacité du traitement prescrit ou reçu;

g) Frais pour la location ou, au choix de l'assureur, pour l'achat de l'équipement et du matériel médicaux suivants, à condition qu'ils soient prescrits par un Médecin :

i) Oxygène, tente à oxygène et fournitures pour l'administration d'oxygène

ii) Appareil d'aérosolthérapie, tente d'inhalation, nébuliseurs pour la fibrose kystique, l'emphysème aigu, une bronchite obstructive chronique ou l'asthme chronique

iii) Prothèses oculaires y compris les réparations et les remplacements

iv) Bras, main et pied artificiels, excluant les prothèses myoélectriques et les prothèses électriques, y compris les réparations et les remplacements

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- v) Fauteuils roulants manuels ou fauteuils roulants électriques, lorsque la Personne assurée n'est pas en mesure de conduire un fauteuil roulant manuel en raison d'un état médical
- vi) Lits d'Hôpital à commande manuelle ou lits d'Hôpital à commande électrique, lorsque la Personne assurée n'est pas en mesure d'utiliser un lit d'Hôpital à commande manuelle en raison d'un état médical, y compris les côtés et les trapèzes pour lit
- vii) Moniteurs d'apnée pour les dysrythmies respiratoires
- viii) Appareils de contrôle (dextromètres, glucomètres, réflectomètres) et appareils d'administration liés au diabète (pompes à insuline), sauf l'équipement lié à l'injection d'insuline tels les aiguilles, les seringues, les lancettes et le matériel pour des tests de diagnostic
- ix) Neurostimulateurs percutanés ou transcutanés
- x) Tensiomètres
- xi) Respirateur médical à pression positive intermittente
- xii) Respirateur médical à pression positive continue
- xiii) Prothèses mammaires
- xiv) Soutiens-gorge chirurgicaux
- xv) Bas élastiques médicaux (de 15mmHg et plus) prescrits pour le traitement des varices
- xvi) Chaussures orthopédiques déterminées Médicalement requises par un professionnel de la santé qui exerce dans les limites définies par l'organisme de réglementation provincial approprié et qui ont été fabriquées sur mesure, personnalisées ou moulées sur commande pour la Personne assurée par un spécialiste diplômé dans le domaine de la fabrication de chaussures orthopédiques. Les chaussures orthopédiques vendues dans les commerces qui n'ont pas été personnalisées, modifiées ou moulées pour la Personne assurée ne sont pas couvertes
- xvii) Orthèses podiatriques déterminées Médicalement requises par un professionnel de la santé qui exerce dans les limites définies par l'organisme de réglementation provincial approprié et qui ont été conçues et fabriquées spécifiquement pour la Personne assurée

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

par un spécialiste diplômé dans le domaine de la fabrication d'orthèses podiatriques, y compris la réparation, la modification ou l'ajustement d'une orthèse ou d'éléments correctifs ou de supports plantaires ajoutés à une chaussure conventionnelle ou orthopédique. Les orthèses podiatriques vendues dans les commerces qui n'ont pas été conçues et fabriquées pour la Personne assurée ne sont pas couvertes

- xviii) Stérilets
 - xix) Diaphragmes
 - xx) Lunettes à la suite d'une intervention chirurgicale pour des cataractes
 - xxi) Lentilles cornéennes à la suite d'une intervention chirurgicale pour des cataractes
 - xxii) Lentilles intraoculaires à la suite d'une intervention chirurgicale pour des cataractes
 - xxiii) Appareils orthopédiques avec soutien rigide; soutiens dorsaux; harnais d'épaule; licous et collets cervicaux
 - xxiv) Attelles, autres que des attelles dentaires, et plâtres
 - xxv) Canes, béquilles et cadres de marche
 - xxvi) Bandes herniaires
 - xxvii) Prothèses capillaires requises à la suite d'une chimiothérapie
 - xxviii) Injections sclérosantes (excluant l'administration)
 - xxix) Appareil et matériel pour une colostomie, une iléostomie ou une urostomie
 - xxx) Cathéters
- h) Les soins dentaires donnés hors de l'Hôpital par un Dentiste généraliste et rendus nécessaires par suite d'un Accident aux dents naturelles, saines et entières, à condition que :
- i) l'Accident soit survenu alors que la Personne assurée était couverte par la présente garantie;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- ii) les soins soient les moins dispendieux qui puissent être fournis pour un traitement professionnel adéquat;
- iii) les frais ne dépassent pas le montant indiqué pour le traitement dans le barème d'honoraires provincial en vigueur pour les Dentistes généralistes dans la province de résidence du Participant; et
- iv) les soins soient reçus au cours des 12 mois qui suivent la date de l'Accident.

Tous les frais dentaires qui ne sont pas directement liés à l'Accident ne seront pas couverts;

- i) Les frais de Prothèses auditives ou autres dispositifs connexes (y compris les réparations et les remplacements, mais pas les piles) et les services professionnels d'un audioprothésiste, par suite de l'achat de la Prothèse ou d'un dispositif connexe, s'ils sont prescrits par un Médecin ou un audiologiste;
- j) Les frais engagés dans un établissement où l'on traite la toxicomanie, l'alcoolisme et la dépendance au jeu (y compris les coûts d'hébergement et des soins infirmiers) pourvu que :
 - i) la Personne assurée soit traitée pour toxicomanie, alcoolisme ou dépendance au jeu dans l'établissement;
 - ii) l'établissement soit autorisé légalement à fournir des soins et des traitements sur une base régulière à ceux qui sont aux prises avec des problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme ou de dépendance au jeu et que l'établissement soit géré conformément aux lois du territoire où il est situé; et
 - iii) l'assureur ait approuvé l'établissement avant que les frais ne soient engagés.
- k) Les frais d'examen de la vue faits par un ophtalmologiste ou un optométriste.
- l) Les frais pour des lunettes (verres correcteurs et monture, y compris les lunettes de soleil et de sécurité), lorsque prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste.
- m) Les frais pour des lentilles cornéennes, lorsque prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- n) Les frais pour une chirurgie correctrice au laser, lorsque prescrite par un ophtalmologiste ou un optométriste.
- o) Les frais pour des lunettes, lorsque prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste, à la suite d'un traitement pour kératocône.
- p) Les frais pour des lentilles cornéennes, lorsque prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste, à la suite d'un traitement pour kératocône.
- q) Les frais de chirurgie esthétique rendue nécessaire à la suite d'un Accident survenu alors que la personne était assurée, à la condition que les traitements débutent dans les 12 mois de la date de l'Accident et se terminent dans les 36 mois de cette date.
- r) Honoraires pour des soins paramédicaux donnés par l'un des praticiens énumérés au Tableau sommaire (y compris les frais de radiographies, s'il est fait mention que ces frais sont couverts au Tableau sommaire), fournis par un praticien dûment autorisé par un organisme provincial ou fédéral responsable à pratiquer sa profession dans les limites définies par les règles de cette profession.

Si les services du praticien sont couverts par le régime de soins de santé provincial, aucune protection ne sera fournie en vertu de cette garantie pour tous les montants payables pour ces services en vertu du régime provincial.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

La présente garantie ne couvre pas les frais suivants :

- a) Payables ou remboursables en vertu d'une loi sur les Accidents du travail ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été présentée;
- b) Pour une blessure ou une Maladie résultant, directement ou indirectement, de toute blessure que la Personne assurée s'inflige, sauf si les preuves médicales démontrent que la blessure est directement liée à un problème de santé mentale;
- c) Pour une blessure ou une Maladie résultant, directement ou indirectement, d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou d'une émeute, d'une invasion,

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

d'envahissements, d'actes ou attaques d'ennemis étrangers, d'hostilités ou de conflits entre nations, de guérillas, de campagnes ou d'opérations militaires, de révoltes, d'insurrections, d'agitations ou de soulèvements populaires, de désordre public, de mutinerie, de piraterie, de terrorisme ou de conspiration.

Toutefois, les événements décrits ci-dessus sont couverts pour les Participants en voyages d'affaires pour l'Employeur, sous réserve d'une prestation maximale de 600 000 \$ par événement, pour l'ensemble des Participants impliqués dans l'événement.

De plus, si le Participant est en voyage pour raisons professionnelles pour l'Employeur dans un pays pour lequel le gouvernement du Canada a émis une recommandation de ne pas y voyager, le séjour est couvert sous réserve d'une prestation maximale de 600 000 \$ par voyage pour l'ensemble des Participants impliqués.

- d) Pour une blessure, une Maladie ou tous frais résultant, directement ou indirectement, de la perpétration d'une infraction en vertu de tout code criminel ou loi similaire dans toute juridiction si la Personne assurée a été inculpée ou déclarée coupable;
- e) Pour tout traitement ou appareil visant à corriger la dimension verticale, ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;
- f) Pour tous les soins ou traitements qui ne sont pas Médicalement requis, qui sont donnés dans un but esthétique ou dans un but autre que curatif, qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique, ou un traitement de nature expérimentale;
- g) Pour tous les soins ou traitements inscrits dans le cadre d'un programme de recherche et de développement de produit dont l'usage n'est pas recommandé par le fabricant ou n'est pas conforme aux normes gouvernementales;
- h) Pour tous les soins ou traitements pour une blessure ou une Maladie qui ne sont pas reconnus d'usage courant, usuel et coutumier pour une telle blessure ou Maladie;
- i) Pour la partie des frais en excédent des frais raisonnables et courants normalement engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une blessure ou une Maladie de même nature et de gravité équivalente;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- j) Pour les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de la Personne assurée;
- k) Pour tout voyage de santé ou cure de repos;
- l) Pour l'examen des yeux, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- m) Pour les lunettes et les lentilles cornéennes, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- n) Pour tous les soins ou traitements reliés à la fertilité ou l'infertilité, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- o) Pour l'achat ou la location de tout appareil de confort, de massage et d'accessoires domestiques qui ne sont pas requis exclusivement pour un usage médical;
- p) Pour l'achat d'aliments ou de suppléments nutritifs, avec ou sans ordonnance d'un fournisseur de soins de santé, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- q) Pour l'achat de services ou de fournitures ayant pour seul objet de faciliter la participation de la Personne assurée dans des sports ou la mise en forme ou l'entraînement (sauf si expressément indiqué comme étant couvert en vertu de la présente garantie) ou des activités de loisirs, et non pour des activités quotidiennes;
- r) Pour tous les soins et traitements (y compris la lutte contre la dépendance) pour des états tels que l'obésité, le tabagisme, la toxicomanie, l'alcoolisme et la dépendance au jeu, sans toutefois s'y limiter et sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- s) Pour les vaccins de nature préventive et l'administration de sérums, de vaccins et de médicaments injectables, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- t) Pour les contraceptifs (autres qu'oraux), sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- u) Pour les produits suivants, à moins qu'ils ne puissent être obtenus que sur l'ordonnance d'un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à les prescrire et devant être délivrés par un pharmacien :
- produits pour l'entretien des lentilles cornéennes;
 - protéines ou suppléments diététiques, acides aminés;
 - aliments pour bébés;
 - rince-bouches, pansements et pastilles;
 - shampoings, huiles, crèmes;
 - produits de toilette, y compris les savons et les émoullients;
 - substances adoucissantes et protectrices pour la peau;
 - vitamines, suppléments vitaminiques ou multivitamines;
 - minéraux;
 - produits homéopathiques;
 - produits naturels (NPN);
 - stéroïdes anabolisants;
- v) Pour les médicaments visant à améliorer la qualité de vie, tels que les médicaments liés aux problèmes de dysfonction érectile, d'infertilité, de perte des cheveux ou de manque de croissance, sans toutefois s'y limiter et sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- w) Les frais engagés par toute Personne assurée qui est engagée à temps plein dans les forces armées de tout pays;
- x) Les frais engagés pour une vasectomie ou une ligature des trompes, ainsi que les services ou fournitures relatifs au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport;
- y) Les frais engagés pour des examens de santé périodiques ou les examens demandés par un tiers;
- z) Les frais engagés par un médecin pour son déplacement, les frais de rendez-vous manqués, les frais de transport, les frais de location d'une chambre ou les frais de consultation par téléphone ou par tout autre moyen de communication;
- aa) Pour les médicaments dont la couverture est exclue par l'assureur en vertu de la disposition Restrictions quant à l'exécution des ordonnances de la présente garantie;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- bb) Pour les médicaments sur ordonnance dispensés par une clinique ou une pharmacie non accréditée d'un Hôpital ou pour les traitements ambulatoires, y compris les médicaments dits d'urgence ou de recherche;
- cc) Pour les soins ou traitements reçus hors de la province de résidence en raison d'une situation d'Urgence médicale liée (i) à une grossesse, le faux travail, l'accouchement ou les complications en résultant, si l'Urgence médicale survient après la 32^e semaine de grossesse ou (ii) au déclenchement volontaire d'un avortement;
- dd) Pour les soins ou traitements reçus hors de la province de résidence en raison d'une situation d'Urgence médicale liée à un Accident survenu lors de la participation de la Personne assurée à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteurs ou à tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme (routes grades 4 ou 5 selon l'échelle de la Fédération Québécoise de la montagne et de l'escalade), au parachutisme en chute libre ou non, de même qu'au saut à l'élastique (bungee jumping).
- ee) Pour les soins ou traitements reçus hors de la province de résidence en raison d'une situation d'Urgence médicale liée à l'abus de médicaments ou à la consommation de drogue, de même que la conduite d'un véhicule moteur, d'un aéronef ou d'un bateau alors que la Personne assurée est sous l'influence d'une drogue quelconque ou que son taux d'alcool est supérieur à 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang.
- ff) Pour tous les soins ou traitements prodigués par un fournisseur de soins de santé ou un fournisseur de services qui :
 - i) A été accusé d'avoir commis une faute professionnelle ou d'avoir eu recours à des pratiques déloyales; ou
 - ii) Fait l'objet d'une enquête menée par un organisme officiel relativement à une loi ou à un règlement; ou
 - iii) Fait l'objet d'une enquête menée par l'assureur relativement à sa conduite professionnelle ou à sa pratique; ou
 - iv) Exerce une profession qui n'est pas réglementée par un organisme de réglementation fédéral ou provincial reconnu de façon officielle et compétent dans le territoire où les services ont été fournis; ou

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- v) Selon l'avis raisonnable de l'assureur, ne satisfait pas aux standards de l'assureur relatifs à sa conduite professionnelle ou à sa pratique; ou
- vi) Est un employé, un entrepreneur, un dirigeant ou un membre de
 - Toute entreprise, tout groupe ou toute association dont il est fait mention dans les sous-paragraphes i) à v); ou
 - Toute entité qui est affiliée ou liée à telle entreprise, tel groupe ou telle association.

Le montant de la prestation est diminué de toute prestation payable ou remboursable (i) en vertu d'un régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui habituellement l'aurait été si une demande de règlement avait été soumise par la Personne assurée en vertu d'un tel régime ou (ii) par une tierce partie en raison d'une poursuite ou d'un règlement.

CALCUL DU REMBOURSEMENT

Franchise

La Franchise, s'il y a lieu, doit être payée par la Personne assurée durant l'Année civile, avant que des prestations soient payables en vertu de la présente garantie. Le montant de la Franchise exigible est indiqué au Tableau sommaire.

Report de la Franchise

Si la Franchise a été acquittée en tout ou en partie par le paiement des frais couverts engagés au cours des 3 derniers mois d'une Année civile, le montant des frais couverts engagés au cours de ces 3 derniers mois, et qui ont été utilisés pour acquitter la Franchise pour cette Année civile, sera reporté et utilisé pour acquitter la Franchise de l'Année civile suivante.

Remboursement

L'assureur rembourse le pourcentage des frais couverts engagés, tel qu'indiqué au Tableau sommaire, lorsque la Franchise a été acquittée.

Maximum par Personne assurée

Le montant maximum que rembourse l'assureur en vertu de la présente garantie est indiqué au Tableau sommaire.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Coordination des prestations

Si la Personne assurée est admissible à recevoir des prestations en vertu de la présente garantie et de toute autre garantie couvrant des frais pour soins, services ou fournitures qui ont été engagés pour des soins ou des traitements médicaux ou découlant de ceux-ci, les prestations seront coordonnées de façon à ne pas excéder les frais réellement engagés. L'expression «garantie» désigne toute garantie qui prévoit des prestations pour soins, services ou fournitures en vertu de :

- i) Tout régime d'assurance collective, individuelle ou familiale, d'assurance voyage, d'assurance des débiteurs ou des épargnants; et
- ii) Tout régime pris en charge par l'État; et
- iii) Tout régime d'avantages sociaux non assuré.

PRESTATION DE SURVIVANT

Si le Participant décède tandis qu'il est assuré par la présente garantie ou avant toute prolongation de l'assurance telle que prévue à la disposition Prolongation des prestations, l'assurance en vertu de cette garantie sera maintenue pour ses Personnes à charge qui étaient assurées par la présente garantie au moment du décès, sans paiement de primes, jusqu'à la première des dates suivantes :

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

PROLONGATION DES PRESTATIONS

Si à la date à laquelle l'assurance d'une Personne assurée en vertu de la présente garantie se termine et que la Personne assurée est Invalide, une prestation sera payable pour les frais de soins médicaux couverts qui sont directement liés à l'invalidité, à condition que :

- a) Les frais soient engagés dans les 90 Jours suivant la date à laquelle l'assurance a été interrompue; et
- b) Cette garantie soit en vigueur lorsque les frais sont engagés.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Tel que stipulé dans la présente disposition, Invalide et Invalidité signifient :

- a) En ce qui concerne un Participant, son incapacité totale, en raison d'une Maladie ou d'une blessure, d'effectuer tout travail pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de sa scolarité, de sa formation ou de son expérience; et
- b) En ce qui concerne une Personne à charge, que cette Personne à charge est Hospitalisée ou reçoit un traitement donné par un Médecin en raison d'un handicap physique ou mental pouvant être déterminé du point de vue médical.

DROIT DE TRANSFORMATION

Le Participant dont l'assurance en vertu de cette police est résiliée en raison de la fin de :

- a) Son emploi, ou
- b) Son appartenance au groupe,

peut transformer sa garantie d'Assurance maladie complémentaire en un contrat d'assurance maladie individuelle sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité à l'assureur.

Le contrat d'assurance maladie individuelle qui sera établi respectera les taux et les conditions générales déterminés par l'assureur.

Le Participant doit présenter une demande et payer toutes les primes exigées relativement au contrat d'assurance maladie individuelle dans un délai de 60 Jours suivant la date de terminaison de son assurance en vertu de la police collective. Si aucune demande n'est présentée et aucune prime n'est payée dans un tel délai de 60 Jours, le Participant ne pourra être assuré en vertu du contrat d'assurance maladie individuelle.

Le contrat d'assurance maladie individuelle prendra effet à la date à laquelle la demande et la prime auront été reçues par l'assureur.

CESSATION

L'assurance en vertu de la présente garantie se termine telle qu'indiquée au Tableau sommaire, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

Un Participant qui choisit l'option Exemption en Assurance maladie complémentaire bénéficie de la présente couverture si ce dernier s'est absenté pour des raisons professionnelles uniquement.

Les services décrits ci-après seront fournis s'ils sont liés à une Urgence médicale ou à une urgence personnelle survenue alors que la Personne assurée est à l'extérieur de sa province de résidence, à condition que :

- a) La Personne assurée soit assurée par la garantie Assurance maladie complémentaire au moment où survient l'Urgence médicale ou l'urgence personnelle; et
- b) L'Urgence médicale ou l'urgence personnelle survienne au cours des premiers 90 Jours consécutifs (catégorie 001) ou au cours des premiers 30 Jours consécutifs (catégorie 004) de l'absence de la Personne assurée de sa province de résidence.

Par contre, si l'absence est due au fait que la Personne assurée fréquente à temps plein une institution d'enseignement agréée, l'Urgence médicale ou l'urgence personnelle survienne durant l'année scolaire au cours de laquelle la Personne assurée était inscrite à une institution d'enseignement; et

- c) La Personne assurée se soit absentée pour des raisons professionnelles, pour des vacances ou pour fréquenter à temps plein une institution d'enseignement agréée; et
- d) Les services et l'équipement aient dû être fournis avant le retour de la Personne assurée dans sa province de résidence afin de ne pas nuire à sa santé; et
- e) En cas d'Urgence médicale, l'urgence soit couverte en vertu de la disposition Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de la garantie Assurance maladie complémentaire.

Les services seront fournis par le fournisseur de services d'assistance médicale de l'assureur. La Personne assurée est tenue de contacter le fournisseur de services d'assistance médicale pour faire la demande de services en cas d'urgence.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

L'assureur se réserve le droit de refuser une demande de règlement si la Personne assurée n'a pas contacté le fournisseur de services d'assistance médicale le plus rapidement possible en cas de consultation médicale ou d'Hospitalisation.

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

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Chirurgie d'un jour : Chirurgie effectuée dans un Hôpital ou dans une clinique externe affiliée à un Hôpital et nécessitant une anesthésie locale, régionale ou générale, à l'exclusion de toute chirurgie mineure pouvant être effectuée dans le bureau du Médecin.

Famille immédiate : Le Conjoint, le père, la mère, un Enfant, un frère ou une sœur de la Personne assurée.

Urgence médicale : Un événement soudain et imprévu qui requiert une surveillance médicale immédiate.

SERVICES D'ASSISTANCE MÉDICALE

Les services médicaux suivants sont disponibles en cas d'Urgence médicale :

- a) Accès à un service téléphonique Jour et nuit
 - Le fournisseur de services d'assistance médicale donne accès, à n'importe quelle heure du Jour ou de la nuit et ce, 365 Jours par année, à un service téléphonique où un personnel multilingue permettra de mettre la Personne assurée en contact avec un réseau de spécialistes pouvant s'occuper de l'urgence.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

b) Soins médicaux

Le fournisseur de services d'assistance médicale a les responsabilités suivantes :

- Si la Personne assurée n'est pas en mesure de localiser un Médecin ou un Hôpital, diriger cette personne vers un Médecin ou un Hôpital approprié.
- Organiser des consultations avec des Médecins ou des Spécialistes afin d'obtenir les meilleurs soins médicaux disponibles dans la région, à la demande de la Personne assurée.
- Aider à l'admission dans un Hôpital.
- Confirmer, aux Médecins et aux Hôpitaux, que l'assurance collective de la Personne assurée couvrira les frais médicaux de la Personne assurée.

c) Transport médical

Le fournisseur de services d'assistance médicale a les responsabilités suivantes :

- Organiser et payer le transport ou le transfert de la Personne assurée à un Hôpital par tout moyen approprié recommandé par le Médecin traitant, ceci en accord avec le fournisseur de services d'assistance médicale.
- Organiser et payer le rapatriement de la Personne assurée à son domicile ou jusqu'à un Hôpital près de son domicile après le traitement initial, par tout moyen de transport adéquat et à la condition que son état de santé le nécessite et le permette. Le fournisseur de services d'assistance médicale organise et contrôle le rapatriement par le mode de transport le plus approprié : avion-ambulance, hélicoptère, avion de ligne commerciale, train ou ambulance.

d) Paiement des dépenses médicales et avance de fonds

- Le fournisseur de services d'assistance médicale prend les arrangements nécessaires au paiement des dépenses médicales

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

couvertes en vertu de la disposition Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de la garantie Assurance maladie complémentaire.

- Si cela s'avère nécessaire pour que la Personne assurée reçoive des soins médicaux, le fournisseur de services d'assistance médicale avance des fonds, après accord préalable de l'assureur, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, en monnaie légale du Canada.
- Le fournisseur de services d'assistance médicale paiera les frais inhérents (stationnement, télévision, téléphone, etc.) à une Hospitalisation, sur présentation de pièces justificatives, jusqu'à un maximum de 100 \$ par Hospitalisation.
- Le fournisseur de services d'assistance médicale paiera les frais inhérents aux honoraires d'un chirurgien dentiste pour un traitement d'urgence pour soulager la douleur, jusqu'à concurrence d'un maximum de 200 \$ par Personne assurée.

e) Rapatriement de la dépouille mortelle

- À la suite du décès de la Personne assurée, le fournisseur de services d'assistance médicale s'occupe des formalités à accomplir et du paiement de tous les frais liés au transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation dans sa province de résidence, de crémation ou d'enterrement sur place, jusqu'à concurrence de 7 500 \$. Les frais d'obsèques ne sont pas payés.
- Le fournisseur de services d'assistance médicale paiera les frais de voyage aller-retour en classe économique pour un membre de la Famille immédiate de la Personne assurée aux fins d'identification de la dépouille mortelle avant le transport, la crémation ou l'enterrement sur place.

f) Retour des enfants à charge

- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise le rapatriement des Enfants de la Personne assurée qui ont moins de 16 ans et sont privés de surveillance en raison de l'Hospitalisation de la Personne assurée. De plus, le fournisseur de services d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

organiser et régler le transport en classe touriste des Enfants accompagnés, au besoin, à leur lieu de résidence habituel. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.

- g) Retour d'une Personne assurée ou d'un membre de la Famille immédiate
- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise le rapatriement de la Personne assurée ou de tout membre de la Famille immédiate ayant perdu l'usage de son billet d'avion en raison de l'Hospitalisation ou du décès de la Personne assurée. Le fournisseur de services d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touriste de la Personne assurée ou d'un membre de la Famille immédiate à son lieu de résidence habituel. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.
- h) Visite d'un membre de la Famille immédiate
- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise et règle le transport aller-retour en classe touriste d'un membre de la Famille immédiate à des fins de visite si la Personne assurée est Hospitalisée pour une durée minimum de 7 Jours consécutifs et si ladite visite est bénéfique à la Personne assurée, d'après l'avis du Médecin traitant.
- i) Frais de subsistance pour le logement et les repas
- Si le retour est reporté à la suite de l'Hospitalisation d'une Personne assurée pour une durée de plus de 24 heures, ou en raison de son décès, les frais de subsistance engagés, en raison de ce délai, par elle, par un membre de la Famille immédiate l'accompagnant ou par un membre de la Famille immédiate lors d'une visite, dans les circonstances définies au paragraphe h) sont remboursables, jusqu'à concurrence d'un maximum quotidien de 150 \$ par personne et d'un Remboursement global de 3 000 \$ (maximum de 20 Jours).

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

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

- j) Retour du véhicule
- Le fournisseur de services d'assistance médicale verse une allocation maximale de 1 000 \$ pour le retour du véhicule de la Personne assurée, qu'il soit privé ou loué, à la résidence de la Personne assurée ou à l'agence de location appropriée la plus proche.
- k) Médicaments en cas d'urgence
- Lorsque la Personne assurée ne peut trouver sur place un médicament indispensable à la poursuite d'un traitement en cours, le service d'assistance médicale effectue les démarches nécessaires à la recherche et à l'envoi de ces médicaments. Le coût du médicament devra être défrayé par la Personne assurée à moins que le médicament ne soit couvert en vertu de l'Assurance maladie complémentaire.

SERVICES D'ASSISTANCE VOYAGE EN CAS D'URGENCE PERSONNELLE

Les services suivants sont fournis lors d'une situation d'urgence personnelle :

- a) Service téléphonique de traduction
- En cas d'urgence, le fournisseur de services d'assistance médicale met à la disposition de la Personne assurée des services d'interprète pour les appels téléphoniques dans la plupart des langues étrangères.
- b) Service de transmission et de garde de messages
- En cas d'urgence, le fournisseur de services d'assistance médicale transmet, sur demande, un message de la Personne assurée à son domicile, à son bureau ou ailleurs, ou conserve pendant 15 Jours les messages qui sont destinés à la Personne assurée ou aux membres de sa Famille immédiate.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

c) Assistance juridique

- En cas d'urgence de cet ordre, le fournisseur de services d'assistance médicale assiste la Personne assurée afin d'obtenir de l'aide juridique locale au besoin et l'aide également à obtenir une avance de fonds en espèces sur ses cartes de crédit ou par l'entremise de sa famille et de ses amis afin d'acquitter les frais de contentieux et de cautionnement.

d) Information-voyage

- Le fournisseur de services d'assistance médicale transmet avant, pendant et après le voyage de la Personne assurée, de l'information relative au transport, aux vaccinations et aux précautions à prendre.

e) Perte de bagages ou de documents

- Si la Personne assurée égare ou se fait voler ses bagages ou documents de voyage, le fournisseur de services d'assistance médicale aide la Personne assurée à contacter les autorités compétentes.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

En plus des exclusions et réductions énumérées dans la disposition des Exclusions et réductions de l'Assurance maladie complémentaire, les Services d'urgence prévus en vertu de la présente garantie sont assujettis aux restrictions, exclusions, modalités et conditions qui s'appliquent à la section Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de l'Assurance maladie complémentaire.

RESPONSABILITÉ

Le fournisseur de services d'assistance médicale et l'assureur sont dégagés de toute responsabilité quant aux retards ou aux empêchements à fournir l'assistance médicale dans les cas suivants : grève, guerre civile ou étrangère, invasion, intervention de puissances ennemies, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non), rébellion, insurrection, acte de terrorisme, opération militaire

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

ou coup d'État, émeute ou mouvement populaire, retombées radioactives ou tout autre cas de force majeure.

Les Médecins, hôpitaux, cliniques, avocats et autres praticiens ou établissements autorisés à qui le fournisseur de services d'assistance médicale réfère des Personnes assurées sont des entrepreneurs indépendants et de ce fait ils agissent pour leur propre compte, plutôt qu'en qualité d'employés, d'agents ou de subordonnés du fournisseur de services d'assistance médicale ou de l'assureur.

En outre, le fournisseur de services d'assistance médicale et l'assureur déclinent toute responsabilité à l'égard d'actes professionnels ou de carences imputables à des Médecins, hôpitaux, cliniques, avocats ou autres praticiens ou établissements autorisés vers lesquels le fournisseur de services d'assistance médicale dirige la Personne assurée.

REMBOURSEMENT

Si une avance de fonds est fournie pour couvrir des frais engagés ou défrayés et que le Participant soumet ces frais à l'assureur sous forme de dépenses couvertes en vertu de la garantie Assurance maladie complémentaire à une date ultérieure, l'assureur ne rembourse au Participant qu'un montant, moindre que celui ayant fait l'objet d'une avance de fonds ou remboursé pour ces dépenses, sous réserve de la Franchise et du niveau de Remboursement applicable aux dites dépenses.

Si une avance de fonds est fournie pour couvrir des frais engagés ou défrayés et que (i) ces frais ne constituent pas une dépense couverte en vertu de la disposition Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de l'Assurance maladie complémentaire ou que (ii) le montant ayant fait l'objet d'une avance de fonds ou qui a été remboursé est en excédent de la responsabilité de l'assureur en vertu de la police collective, le Participant est responsable de rembourser, à l'assureur, le montant de l'avance de fonds ou le montant en excédent, selon le cas, dans les 90 Jours de son retour dans sa province de résidence. À défaut de rembourser le montant de l'avance de fonds ou le montant en excédent, l'assureur se réserve le droit de réduire de futures demandes de règlement pour frais médicaux ou autres demandes de règlement faites par le Participant ou ses Personnes à charge en vertu de la police collective en fonction du montant dû.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

PROLONGATION AUTOMATIQUE DE LA GARANTIE

La présente garantie sera automatiquement prolongée, sans frais, à la fin de la période maximum de 90 Jours consécutifs (catégorie 001) ou de 30 Jours consécutifs (catégorie 004) par voyage :

- Jusqu'à concurrence de 24 heures lorsque le retour à la maison est reporté en raison d'un retard du transporteur ou à la suite d'un accident de la route ou d'un problème mécanique survenu sur le véhicule personnel de la Personne assurée alors que celle-ci en prenait place et retournait vers son point de départ (la demande doit être accompagnée des pièces justificatives); ou
- Pendant l'Hospitalisation et les 24 heures qui suivent la sortie de l'hôpital de la Personne assurée; ou
- Jusqu'à concurrence de 72 heures lorsque le retour à la maison est reporté en raison d'une Maladie contractée par la Personne assurée ayant débuté 24 heures avant la date de retour prévue et requérant des soins médicaux d'urgence.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

L'assureur s'engage à rembourser les frais de la Personne assurée pour les soins dentaires engagés alors que la Personne assurée était couverte par la présente garantie, sous réserve de toutes les modalités et conditions de cette garantie et de la police collective.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Dentiste généraliste : Un dentiste licencié qui exerce sans spécialité à l'intérieur de sa profession.

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

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

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

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

Franchise : La Franchise est la part du coût des frais couverts qui doit être défrayée par la Personne assurée. Le montant de la Franchise exigible, le cas échéant, est indiqué au Tableau sommaire

Hygiéniste dentaire : Une personne dûment autorisée par l'organisme provincial responsable à travailler à titre de praticien spécialisé dans le nettoyage des dents et qui renseigne le patient sur les soins d'hygiène nécessaires à une bonne santé buccodentaire.

Médicalement requis : Généralement accepté et reconnu par la profession médicale canadienne, ou la profession dentaire canadienne, s'il y a lieu, comme étant efficace, approprié et indispensable comme traitement d'une Maladie ou d'une blessure, y compris les blessures résultant d'un Accident, conformément aux normes médicales canadiennes, ou aux normes dentaires canadiennes, s'il y a lieu.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Remboursement : Le Remboursement représente le pourcentage des Frais engagés qui est remboursé par l'assureur après avoir été déduit de la Franchise. Ce pourcentage est indiqué au Tableau sommaire.

FRAIS DENTAIRES

Seuls les frais ci-dessous, s'il en est fait mention au Tableau sommaire et si les soins sont donnés par un Dentiste généraliste, ou recommandés par un Dentiste généraliste et donnés par un Dentiste spécialiste ou donnés par un Hygiéniste dentaire, sont considérés comme étant des «frais admissibles».

Soins préventifs et Soins de base

- a) Examens et actes diagnostiques
 - i) Examen complet
 - ii) Examen de rappel (tous les 6 mois)
 - iii) Examen d'un aspect particulier
 - iv) Plan de traitement
 - v) Actes inhabituels ou effectués en cas d'urgence
 - vi) Consultation
 - vii) Visite au domicile, dans un établissement et au cabinet dentaire
- b) Tests et examens de laboratoire
 - i) Cultures bactériologiques
 - ii) Biopsie
 - iii) Examen cytologique
 - iv) Tests de vitalité
 - v) Modèles de diagnostic
- c) Radiographies
 - i) Série complète de pellicules périapicales (tous les 24 mois)
 - ii) Pellicules occlusales
 - iii) Pellicules interproximales (tous les 6 mois)

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

- iv) Pellicules extra-orales
- v) Sialographies
- vi) Pellicule panoramique (tous les 24 mois)
- vii) Substances radiopaques
- d) Soins de prévention
 - i) Détartrage léger (2 unités de temps par Année civile)
 - ii) Prophylaxie (polissage de la partie coronaire des dents) (tous les 6 mois)
 - iii) Application locale de fluorure (tous les 6 mois)
 - iv) Contrôle de la carie
 - v) Démonstration de mesures d'hygiène buccale (une séance à vie)
 - vi) Scellants de puits et fissures
 - vii) Meulage interproximal des dents
 - viii) Programme de contrôle de la plaque dentaire (sous réserve de certaines conditions)
 - ix) Odontotomie prophylactique
- e) Restaurations
 - i) Couronnes polycarbonates - dents primaires
 - ii) Ablation d'une couronne ou d'une incrustation en profondeur
 - iii) Recimentation d'une couronne
 - iv) Amalgame
 - v) Ciment au silicate
 - vi) Résine acrylique ou ciment composite (Au Québec, les restaurations en composite sont couvertes pour les personnes âgées de 10 ans et plus seulement)
 - vii) Couronne en acier inoxydable - dents primaires
- f) Appareils de maintien d'espace par suite de la perte de dents primaires

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

- g) Traitements endodontiques
 - i) Coiffage de pulpe
 - ii) Pulpotomie
 - iii) Traitement de canal
 - iv) Traitements périapicaux
 - v) Traitements d'urgence
 - vi) Amputation de racines
 - vii) Alvéolectomie
 - viii) Pose de bague sur dent pour maintenir un champ opératoire stérile
 - ix) Hémisection
 - x) Élargissement du canal ou de la chambre pulpaire
 - xi) Extraction, obturation apicale et réimplantation intentionnelle
 - xii) Débridement du matériel obturateur
 - xiii) Momification de la pulpe
 - xiv) Meulage et polissage d'une dent traumatisée
 - xv) Meulage sélectif pour soulager une occlusion traumatique
 - xvi) Réimplantation d'une dent avulsée
 - xvii) Reposition d'une dent déplacée par traumatisme
 - xviii) Actes de laboratoire au cabinet du dentiste
- h) Traitements parodontaux
 - i) Actes non chirurgicaux
 - ii) Actes chirurgicaux
 - iii) Traitements post-opératoires
 - iv) Équilibration occlusale (8 unités de temps par Année civile)
 - v) Détartrage en profondeur (8 unités de temps par Année civile)

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

- vi) Surfaçage radiculaire et curetage gingival
Ces frais sont couverts jusqu'à concurrence de 6 sextants ou 4 quadrants ou jusqu'à concurrence de 28 dents par Année civile. Ils doivent être effectués en entier par le dentiste et ne sont couverts que dans les cas où le sondage des poches parodontales indique 4 mm et plus. Dans tous les cas, les radiographies pertinentes et une charte parodontale doivent être soumises.
- vii) Appareils parodontaux spéciaux (y compris les gouttières occlusales)
- viii) Jumelage provisoire
- ix) Tout traitement ou appareil visant à corriger le bruxisme
- i) Prothèses
 - i) Réparations
 - ii) Addition de dents
 - iii) Regarnissage et rebasage
- j) Actes chirurgicaux
 - i) Ablation (sans complication)
 - ii) Ablation chirurgicale et reposition d'une dent par chirurgie
 - iii) Alvéoplastie
 - iv) Excision
 - v) Incision
 - vi) Frénectomie
 - vii) Dislocations
 - viii) Actes chirurgicaux divers
 - ix) Anesthésie générale
 - x) Extraction de dents incluses
 - xi) Ablation de kystes
- k) Anesthésie (à l'exception de l'anesthésie générale)
 - i) Sédation

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

- l) Prothèses amovibles
 - i) Remontage avec balancement
 - ii) Nettoyage et polissage d'une prothèse
 - iii) Ajustement de prothèses

Si des frais de laboratoire s'appliquent à l'un des procédés des soins préventifs et soins de base, ces frais sont limités à 60 % des honoraires établis pour ce procédé.

Soins majeurs

- a) Frais raisonnables et d'ordre courant suivants :
 - i) Couronnes, incrustations en profondeur et incrustations de surface
 - incrustations métalliques en profondeur
 - couronnes
 - tiges de rétention dans les incrustations en profondeur et les couronnes
 - incrustations en profondeur de porcelaine, sous réserve de certaines conditions
 - couronnes temporaires en acrylique
 - couronnes temporaires en métal (à la chaise), sous réserve de certaines conditions
 - corps coulé
 - ii) Ponts fixes
 - pontiques
 - piliers
 - contention intra-orale à des fins de soudage
 - tiges de rétention dans les piliers
 - ajustement ou jumelage en bouche

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

- iii) Prothèses amovibles complètes et partielles
 - prothèses complètes
 - prothèses partielles
 - prothèses complètes temporaires
 - prothèses partielles temporaires
 - prothèses équilibrées
- iv) Réparations et ajustements
 - réfection de prothèses amovibles partielles
 - réparation de ponts
- v) Chirurgie
 - tubéroplastie
 - réduction de fractures
- vi) Actes complémentaires
 - injections thérapeutiques
- b) Remplacement d'une prothèse amovible, d'un pont, d'une couronne ou d'une incrustation en profondeur ou d'une incrustation de surface si la prothèse amovible, le pont, la couronne, l'incrustation en profondeur ou l'incrustation de surface est en place depuis au moins 5 ans
- c) Remplacement d'un pont ou d'une prothèse amovible si le pont ou la prothèse est temporaire et est remplacé de façon permanente dans les 12 mois qui suivent sa mise en place
- d) Frais de laboratoire
- e) À l'exception des prothèses partielles, les prothèses initiales amovibles ou fixes sont couvertes à la condition d'être requises suite à l'extraction de dents alors que la personne était assurée en vertu d'une garantie similaire dans un autre régime d'assurance collective qui couvrait le remplacement de prothèses partielles et les prothèses initiales amovibles ou fixes.

Si des frais de laboratoire s'appliquent à l'un des procédés des soins majeurs, ces frais sont limités à 60 % des honoraires établis pour ce procédé.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Soins orthodontiques

Les frais raisonnables engagés pour des traitements orthodontiques donnés par un orthodontiste dans le but de corriger la malocclusion et les irrégularités dentaires.

Les soins orthodontiques s'appliquent à toute Personne assurée.

Si des frais de laboratoire s'appliquent à l'un des procédés des soins orthodontiques, ces frais sont limités à 60 % des honoraires établis pour ce procédé.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

En plus des exclusions et réductions décrites dans la disposition des Exclusions et réductions de l'Assurance maladie complémentaire, si une telle assurance est incluse dans la police collective, l'Assurance soins dentaires ne couvre pas les frais :

- a) Directement ou indirectement liés à une reconstruction complète de la bouche, visant à corriger la dimension verticale, ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;
- b) Relatifs à un appareil que la Personne assurée doit porter dans l'exercice d'un sport ou d'une activité récréative;
- c) Qui sont payables ou remboursables en vertu d'une loi sur les Accidents du travail ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été soumise;
- d) Pour les services et fournitures qui résultent, directement ou indirectement, de toute blessure que la Personne assurée s'inflige, sauf si les preuves médicales démontrent que la blessure est directement liée à un problème de santé mentale;
- e) Pour les services et fournitures qui résultent, directement ou indirectement, d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou d'une émeute;
- f) Pour les services et fournitures qui ne sont pas Médicalement requis, qui sont donnés dans un but esthétique ou pour toute raison autre que curative ou qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique;

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

- g) Pour les services et fournitures donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de la Personne assurée;
- h) Pour les implants et les services reliés aux implants tels que, sans toutefois s'y limiter, les services chirurgicaux, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- i) Pour les services et fournitures qui résultent, directement ou indirectement, de la perpétration ou la tentative de perpétration de toute infraction en vertu de tout code criminel ou législation similaire dans toute juridiction, si la Personne assurée a été inculpée ou déclarée coupable.

Le montant de la prestation est diminué de toute prestation payable ou remboursable (i) en vertu d'un régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui habituellement l'aurait été si une demande de règlement avait été soumise par la Personne assurée en vertu d'un tel régime, ou (ii) par une tierce partie en raison d'une poursuite ou d'un règlement.

PROGRAMME DE TRAITEMENT

S'il est prévu que le coût total du traitement dépassera 500 \$, un Programme de traitement doit être soumis à l'assureur qui déterminera, avant le début du traitement, le montant des frais couverts.

Programme de traitement signifie une **description** écrite des traitements nécessaires, selon l'opinion du Dentiste généraliste, ainsi que les radiographies à l'appui de cette opinion, la date probable et le coût prévu de ces traitements.

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Honoraires

Les frais couverts seront remboursés conformément au Guide des honoraires pour l'année indiquée au Tableau sommaire, sous réserve de toute limite indiquée dans la garantie.

Les Frais engagés au Canada, autres que les frais liés aux services rendus par un Denturologiste, sont limités au tarif normal suggéré pour les Dentistes généralistes de la province dans laquelle les frais sont engagés, pour l'option Souplesse, et pour un Spécialiste de la province où ces traitements sont donnés, pour les options Confort et Sérénité.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Les Frais engagés pour des services rendus par un Denturologiste sont limités aux honoraires normaux suggérés pour les Denturologistes de la province dans laquelle les frais sont engagés.

Les Frais engagés à l'extérieur du Canada sont limités au tarif normal suggéré pour les Dentistes généralistes de la province de résidence du Participant.

Preuves

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

Autre Programme de traitement

S'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de la Personne assurée, l'assureur rembourse le traitement le moins dispendieux qui donnera un résultat professionnel adéquat compte tenu de la condition de la Personne assurée.

CALCUL DU REMBOURSEMENT

Franchise

La Franchise, s'il y a lieu, doit être payée par la Personne assurée durant l'Année civile, avant que des prestations soient payables en vertu de la présente garantie. Le montant de la Franchise exigible est indiqué au Tableau sommaire.

Report de la Franchise

Si la Franchise a été acquittée en tout ou en partie par le paiement des frais couverts engagés au cours des 3 derniers mois d'une Année civile, le montant des frais couverts engagés au cours de ces 3 derniers mois, et qui ont été utilisés pour acquitter la Franchise pour cette Année civile, sera reporté et utilisé pour acquitter la Franchise de l'Année civile suivante.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Remboursement

L'assureur rembourse le pourcentage des frais admissibles engagés, tel qu'indiqué au Tableau sommaire, lorsque la Franchise a été acquittée.

Maximum par Personne assurée

Le montant maximum remboursé par l'assureur est indiqué au Tableau sommaire.

Coordination des prestations

Si la Personne assurée est admissible à recevoir des prestations en vertu de la présente garantie et de toute autre garantie couvrant des frais pour soins, services ou fournitures qui ont été engagés pour des soins ou des traitements dentaires ou découlant de ceux-ci, les prestations seront coordonnées de façon à ne pas excéder les frais réellement engagés. L'expression «garantie» désigne toute garantie qui prévoit des prestations pour soins, services ou fournitures en vertu :

- i) de tout régime d'assurance collective, individuelle ou familiale, d'assurance voyage, d'assurance des débiteurs ou des épargnants,
- ii) de tout régime pris en charge par l'État, et
- iii) de tout régime d'avantages sociaux non assuré.

PRESTATION DE SURVIVANT

Si le Participant décède tandis qu'il est assuré par la présente garantie ou avant toute prolongation de l'assurance telle que prévue à la disposition Prolongation des prestations, l'assurance en vertu de cette garantie sera maintenue pour ses Personnes à charge qui étaient assurées par la présente garantie au moment du décès, sans paiement de primes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) 3 mois après le décès du Participant; ou
- b) La date à laquelle l'assurance des Personnes à charge aurait pris fin si le Participant avait été vivant; ou
- c) La date de cessation de la garantie.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

PROLONGATION DES PRESTATIONS

Si l'assurance en vertu de la présente garantie se termine, les frais couverts engagés après la date de cessation ne sont pas payables, même si un Programme de traitement avait été déposé et les prestations approuvées par l'assureur, sauf si le traitement dentaire est effectué dans les 31 Jours suivant la date de cessation de la garantie et qu'à la date de terminaison,

- a) L'impression pour des prothèses complètes ou partielles a été prise, mais les prothèses n'ont pas encore été installées; ou
- b) La dent a été préparée pour des ponts fixes, des couronnes, des incrustations, des oppositions ou des aurifications; ou
- c) La chambre pulpaire a été ouverte en vue d'un traitement radiculaire.

DROIT DE TRANSFORMATION

Le Participant dont l'assurance soins dentaires est résiliée en raison de la fin de :

- a) Son emploi, ou
- b) Son appartenance au groupe,

peut transformer son Assurance soins dentaires en un contrat d'assurance soins dentaires individuelle sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité à l'assureur, à condition qu'il transforme également son Assurance maladie complémentaire. Si l'Assurance maladie complémentaire n'est pas convertie, le Participant ne pourra convertir son Assurance soins dentaires.

Le contrat d'assurance soins dentaires individuelle qui sera établi respectera les taux et les conditions générales déterminés par l'assureur.

Le Participant doit présenter une demande et payer toutes les primes exigées relativement au contrat d'assurance soins dentaires individuelle dans un délai de 60 Jours suivant la date de cessation de son assurance en vertu de la police collective. Si aucune demande n'est présentée et aucune prime n'est payée dans un tel délai de 60 Jours, le Participant ne pourra être assuré en vertu du contrat d'assurance soins dentaires individuelle.

Le contrat d'assurance soins dentaires individuelle prendra effet à la date à laquelle la demande et la prime auront été reçues par l'assureur.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

CESSATION

L'assurance en vertu de la présente garantie se termine telle qu'indiquée au Tableau sommaire, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

COUVERTURE DU COMPTE DE GESTION SANTE

TABLEAU SOMMAIRE MONTANT CRÉDITÉ PAR EMPLOYÉ

Les employés sont couverts en vertu de la présente Convention CGS N° 28770 comme suit :

Catégorie : 001

Année du Compte de Gestion Santé (« Année CGS ») :	Du 1er juin 2020 au 31 décembre 2020 et, par la suite, du 1er janvier au 31 décembre
---	--

Employés couverts sous le CGS précédent :	<u>Options :</u> Exemption, Souplesse, Confort et Sérénité Solde des crédits flexibles non utilisés par l'Employé en vertu du CGS précédent, plus la nouvelle allocation de crédits flexibles, selon le choix d'allocation effectué par l'Employé.
--	---

Employés non couverts sous le CGS précédent et qui deviennent admissibles à la Date de prise d'effet du CGS :	<u>Options :</u> Exemption, Souplesse, Confort et Sérénité Selon le choix effectué par l'Employé pour l'allocation des crédits flexibles au CGS.
--	---

Employés qui deviennent admissibles en cours d'Année CGS :	<u>Options :</u> Exemption, Souplesse, Confort et Sérénité Selon le choix effectué par l'Employé pour l'allocation des crédits flexibles au CGS
---	--

COUVERTURE DU COMPTE DE GESTION SANTE

TABLEAU SOMMAIRE MONTANT CRÉDITÉ PAR EMPLOYÉ (suite)

Catégorie : 001

**Tous les employés
admissibles le
premier jour de
l'Année CGS :**

Options : Exemption, Souplesse, Confort et
Sérénité

Nouvelle allocation des crédits flexibles selon
le choix d'allocation effectué par l'Employé.

Le premier jour de chaque Année CGS,
l'Employé peut modifier son choix d'allocation
des crédits flexibles.

Type de report :

Report de crédits

COUVERTURE DU COMPTE DE GESTION SANTE

DÉFINITIONS

Administrateur signifie Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Date de prise d'effet du CGS signifie le 1er juin 2020

Dépenses signifie les frais de soins médicaux et dentaires que l'Administrateur considère comme des dépenses admissibles en vertu de cette Convention CGS.

Pour être admissibles les dépenses doivent :

- a) Faire partie de la liste des frais médicaux admissibles en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu, ses règlements d'application et de ses bulletins d'interprétation; et
- b) Ne pas être remboursables en vertu d'un autre régime (collectif, public ou privé).

Personne à charge signifie une personne qui est considérée comme une Personne à charge de l'Employé pour les demandes de crédits d'impôts pour frais médicaux en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.

Police collective signifie la Police d'assurance collective 28770 établie par Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

ADMISSIBILITÉ D'UN EMPLOYÉ

Sous réserve de toutes les modalités et conditions énoncées dans la Convention CGS, un Employé devient admissible à la couverture à la dernière des dates suivantes :

- a) La Date de prise d'effet de la Convention CGS, si l'Employé est alors couvert en vertu de la Police collective.
- b) La date à laquelle l'Employé est couvert en vertu de la Police collective.

COUVERTURE DU COMPTE DE GESTION SANTE

TYPE DE REPORT - REPORT DE CRÉDITS

Couverture

Les crédits alloués au CGS de chaque employé permet le remboursement des Dépenses soumises. L'employé peut soumettre des Dépenses pour son compte ou celui d'une Personne à charge et se les faire rembourser.

Utilisation des crédits et délai de grâce

Les crédits portés au compte CGS d'un employé pour une Année CGS peuvent être reportés à l'Année CGS suivante.

L'employé dispose d'un délai de grâce de 90 jours à la fin de l'Année CGS au cours de laquelle les crédits ont été reportés pour utiliser les crédits qui n'ont pas servi. Après ce délai, les crédits sont retranchés du compte de l'employé.

Pendant ce délai de 90 jours, les crédits doivent servir à rembourser les Dépenses engagées durant l'Année CGS à laquelle ces crédits ont été reportés.

Dépenses et délai de grâce

Les Dépenses engagées au cours d'une Année CGS doivent être soumises pendant cette même Année CGS.

L'employé dispose d'un délai de grâce de 90 jours à la fin de cette Année CGS pour soumettre les Dépenses non soumises. Après ce délai, ces Dépenses ne sont pas remboursables.

Pendant ce délai de 90 jours, les Dépenses doivent être remboursées à même les crédits de l'Année CGS durant laquelle ces Dépenses ont été engagées.

Crédits suffisants

Il doit y avoir suffisamment de crédits dans le CGS d'un employé pour que les Dépenses soient remboursables.

Si l'employé soumet des Dépenses et qu'il n'y a pas suffisamment de crédits dans son CGS, il a droit à un remboursement à concurrence des crédits disponibles dans son CGS.

Si l'employé soumet des Dépenses et qu'il n'y a pas de crédits dans son CGS, les Dépenses ne sont pas remboursables.

COUVERTURE DU COMPTE DE GESTION SANTE

RÉSILIATION DE LA COUVERTURE

La couverture CGS de l'Employé prend automatiquement fin à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle la Convention CGS est résiliée; ou
- b) La date à laquelle l'Employé prend sa retraite; ou
- c) La date à laquelle l'Employé n'est plus couvert en vertu de la Police d'assurance collective; ou
- d) La date à laquelle le Titulaire du compte cesse la couverture de l'Employé en vertu de la Convention CGS.

AVIS ET PREUVE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT DU CGS

L'avis et la preuve de demande de règlement doivent être soumises à l'Administrateur dans le format exigé. La preuve de la demande de règlement doit comprendre tous les renseignements que l'Administrateur exige et juge nécessaires. L'Administrateur n'est pas responsable des demandes de règlement qui ne sont pas déposées conformément à cette Convention. Les demandes de règlement doivent être déposées dans les délais précisés dans la section Type de report de la section Couverture du Compte de Gestion Santé.

DEMANDES DE RÈGLEMENT DU CGS EN CAS DE CESSATION DE LA COUVERTURE CGS

L'Employé a 90 jours à partir de la date à laquelle prend fin sa couverture en vertu du CGS pour soumettre les Dépenses qui ont été engagées avant cette date. Après ce délai, les crédits sont retranchés du CGS de l'Employé et les Dépenses sont non remboursables.

DEMANDES DE RÈGLEMENT EN CAS DE RÉSILIATION DE LA CONVENTION CGS

Si ce CGS et la Police collective sont résiliés, l'Administrateur n'est pas responsable des demandes de règlement soumises au-delà de la date de résiliation du CGS.

Si ce CGS est résilié mais la Police collective est toujours en vigueur, les demandes de règlement peuvent être soumises dans les 90 jours de la date de la résiliation du CGS si les Dépenses sont engagées avant ou à la date de résiliation, sous réserve des conditions exprimées ailleurs dans cette

COUVERTURE DU COMPTE DE GESTION SANTE

Convention. L'Administrateur n'est pas responsable des demandes de règlement soumises au-delà de la fin de ce délai de 90 jours.

Si toutefois la Police collective est résiliée avant la fin de ce délai de 90 jours, l'Administrateur n'est pas responsable des demandes de règlement soumises après la date de résiliation de la Police collective.

CHANGEMENT APPORTÉ AUX CRÉDITS DU CGS ATTRIBUABLE À UN ÉVÉNEMENT DE VIE

Si, au cours d'une Année CGS, un événement se produit dans la vie d'un Employé (changement de statut matrimonial, naissance ou adoption d'un premier Enfant à charge, fin de l'admissibilité du dernier Enfant à charge, changement pour le Conjoint à l'admissibilité d'un programme de protection par son Employeur, décès du Conjoint ou retour aux études à temps plein dans une institution d'enseignement agréée d'un des Enfants de plus de 22 ans mais de moins de 26 ans alors qu'il n'y avait plus d'Enfants admissibles), et qu'en raison de ce changement des crédits additionnels sont disponibles, ces crédits additionnels peuvent être alloués au CGS de l'Employé.

Toutefois, si à la suite du changement les crédits sont diminués, les crédits initialement alloués au CGS ne seront pas diminués.

Les crédits additionnels sont calculés en proportion du nombre de Jours à courir dans l'Année CGS en cours.

COUVERTURE DU COMPTE MIEUX-ÊTRE

TABLEAU SOMMAIRE MONTANT CRÉDITÉ PAR EMPLOYÉ

Les employés sont couverts en vertu de la présente Convention Compte Mieux-Être N° 28770 comme suit :

Catégorie : 001

Année Compte Mieux-Être : Du 1er juin 2020 au 31 décembre 2020 et, par la suite, du 1er janvier au 31 décembre

Employés couverts sous le Compte Mieux-Être précédent : Options : Exemption, Souplesse, Confort et Sérénité
Solde des crédits flexibles non utilisés par l'Employé en vertu du Compte Mieux-Être précédent, plus la nouvelle allocation de crédits flexibles, selon le choix d'allocation effectué par l'Employé.

Employés non couverts sous le Compte Mieux-Être précédent et qui deviennent admissibles à la Date de prise d'effet du Compte Mieux-Être : Options : Exemption, Souplesse, Confort et Sérénité
Selon le choix effectué par l'Employé pour l'allocation des crédits flexibles au Compte Mieux-Être.

Employés qui deviennent admissibles en cours d'Année Compte Mieux-Être : Options : Exemption, Souplesse, Confort et Sérénité
Selon le choix effectué par l'Employé pour l'allocation des crédits flexibles au Compte Mieux-Être.

COUVERTURE DU COMPTE MIEUX-ÊTRE

TABLEAU SOMMAIRE MONTANT CRÉDITÉ PAR EMPLOYÉ (suite)

Catégorie : 001

**Tous les employés
admissibles le
premier jour de
l'Année Compte
Mieux-Être :**

Options : Exemption, Souplesse, Confort et
Sérénité

Nouvelle allocation des crédits flexibles selon
le choix d'allocation effectué par l'Employé.

Le premier jour de chaque Année Compte
Mieux-Être, l'Employé peut modifier son choix
d'allocation des crédits flexibles.

Type de report :

Report de crédits

COUVERTURE DU COMPTE MIEUX-ÊTRE

DÉFINITIONS

Administrateur signifie Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Année de prise d'effet du Compte Mieux-Être signifie le 1er juin 2020.

Dépenses signifie les dépenses qui sont admissibles ou inadmissibles en vertu de la présente Convention Compte Mieux-Être selon le Titulaire du compte.

Personne à charge signifie une personne qui est considérée comme une personne à charge de l'employé pour les demandes de crédits d'impôts pour frais médicaux en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.

Police collective signifie la Police d'assurance collective 28770 établie par Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

ADMISSIBILITÉ D'UN EMPLOYÉ

Sous réserve de toutes les modalités et conditions énoncées dans la Convention Compte Mieux-Être, un Employé devient admissible à la couverture à la dernière des dates suivantes :

- a) La Date de prise d'effet de la Convention Compte Mieux-Être, si l'Employé est alors couvert en vertu de la Police d'assurance collective;
- b) La Date à laquelle l'Employé est couvert en vertu de la Police d'assurance collective.

ADMISSIBILITÉ DES DÉPENSES

L'Administrateur n'est pas responsable de déterminer si les dépenses sont admissibles à un remboursement. Le Titulaire du compte détermine quelles sont les dépenses admissibles ou inadmissibles à un remboursement en vertu du Compte Mieux-Être.

L'Administrateur utilise les crédits alloués au Compte Mieux-Être de chaque Employé pour rembourser les dépenses admissibles soumises.

COUVERTURE DU COMPTE MIEUX-ÊTRE

TYPE DE REPORT - REPORT DE CRÉDITS

Couverture

Les crédits alloués au Compte Mieux-Être de chaque Employé permettent le remboursement des dépenses soumises et admissibles. L'Employé peut soumettre des dépenses admissibles pour son compte ou celui d'une Personne à charge et se les faire rembourser.

Utilisation des crédits et délai de grâce

Les crédits portés au Compte Mieux-Être d'un employé pour une Année Compte Mieux-Être peuvent être reportés à l'Année Compte Mieux-Être suivante.

L'employé dispose d'un délai de grâce de 90 jours à la fin de cette Année Compte Mieux-Être au cours de laquelle les crédits ont été reportés pour utiliser les crédits qui n'ont pas servi. Après ce délai, les crédits sont retranchés du compte de l'employé.

Pendant ce délai de 90 jours, ces crédits doivent servir à rembourser les Dépenses engagées durant l'Année Compte Mieux-Être à laquelle ces crédits ont été reportés.

Dépenses et délai de grâce

Les Dépenses engagées au cours d'une Année Compte Mieux-Être doivent être soumises pendant cette même Année Compte Mieux-Être.

L'employé dispose d'un délai de grâce de 90 jours à la fin de cette Année Compte Mieux-Être pour soumettre ces Dépenses non soumises. Après ce délai, ces Dépenses ne sont pas remboursables.

Pendant ce délai de 90 jours, les Dépenses doivent être remboursées à même les crédits de l'Année Compte Mieux-Être durant laquelle ces Dépenses ont été engagées.

Crédits suffisants

Il doit y avoir suffisamment de crédits dans le Compte Mieux-Être d'un employé pour que les Dépenses soient remboursables.

Si l'employé soumet des Dépenses et qu'il n'y a pas suffisamment de crédits dans son Compte Mieux-Être, il a droit à un remboursement à concurrence des crédits disponibles dans son Compte Mieux-Être.

COUVERTURE DU COMPTE MIEUX-ÊTRE

Si l'employé soumet des Dépenses et qu'il n'y a pas de crédits dans son Compte Mieux-Être, les Dépenses ne sont pas remboursables.

RÉSILIATION DE LA COUVERTURE

La couverture Compte Mieux-Être de l'Employé prend automatiquement fin à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle la Convention Compte Mieux-Être est résiliée; ou
- b) La date à laquelle l'Employé prend sa retraite; ou
- c) La date à laquelle l'Employé n'est plus couvert en vertu de la Police collective; ou
- d) La date à laquelle le Titulaire du compte cesse la couverture de l'employé en vertu de la Convention Compte Mieux-Être.

AVIS ET PREUVE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

L'avis et la preuve de demande de règlement doivent être soumises à l'Administrateur dans le format exigé. La preuve de la demande de règlement doit comprendre tous les renseignements que l'Administrateur exige et juge nécessaires. L'Administrateur n'est pas responsable des demandes de règlement qui ne sont pas déposées conformément à cette Convention. Les demandes de règlement doivent être déposées dans les délais précisés dans la section Type de report de la section Couverture du Compte Mieux-Être.

DEMANDES DE RÈGLEMENT EN CAS DE CESSATION DE LA COUVERTURE DU COMPTE MIEUX-ÊTRE

L'Employé a 90 jours à partir de la date à laquelle prend fin sa couverture en vertu du Compte Mieux-Être pour soumettre les Dépenses qui ont été engagées avant cette date. Après ce délai, les crédits sont retranchés du Compte Mieux-Être de l'Employé et les Dépenses sont non remboursables.

COUVERTURE DU COMPTE MIEUX-ÊTRE

DEMANDES DE RÈGLEMENT EN CAS DE RÉSILIATION DE LA CONVENTION COMPTE MIEUX-ÊTRE

Si ce Compte Mieux-Être et la Police collective sont résiliés, l'Administrateur n'est pas responsable des demandes de règlement soumises au-delà de la date de résiliation du Compte Mieux-Être.

Si ce Compte Mieux-Être est résilié mais la Police collective est toujours en vigueur, les demandes de règlement peuvent être soumises dans les 90 jours de la date de la résiliation du Compte Mieux-Être si les Dépenses sont engagées avant ou à la date de résiliation, sous réserve des conditions exprimées ailleurs dans cette Convention. L'Administrateur n'est pas responsable des demandes de règlement soumises au-delà de la fin de ce délai de 90 jours.

Si toutefois la Police collective est résiliée avant la fin de ce délai de 90 jours, l'Administrateur n'est pas responsable des demandes de règlement soumises après la date de résiliation du Police collective.

CHANGEMENT APPORTÉ AUX CRÉDITS DU COMPTE MIEUX-ÊTRE ATTRIBUABLE À UN ÉVÉNEMENT DE VIE

Si, au cours d'une Année Compte Mieux-Être, un événement se produit dans la vie d'un Employé (changement de statut matrimonial, naissance ou adoption d'un premier Enfant à charge, fin de l'admissibilité du dernier Enfant à charge, changement pour le Conjoint à l'admissibilité d'un programme de protection par son Employeur, décès du Conjoint ou retour aux études à temps plein dans une institution d'enseignement agréée d'un des Enfants de plus de 22 ans mais de moins de 26 ans alors qu'il n'y avait plus d'Enfants admissibles), et qu'en raison de ce changement des crédits additionnels sont disponibles, ces crédits additionnels peuvent être alloués au Compte Mieux-Être de l'Employé.

Toutefois, si à la suite du changement les crédits sont diminués, les crédits initialement alloués au Compte Mieux-Être ne seront pas diminués.

Les crédits additionnels sont calculés en proportion du nombre de Jours à courir dans l'Année Compte Mieux-Être en cours.

COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION

Un Participant peut demander à l'assureur de lui remettre une copie de la police collective, de son formulaire d'adhésion et de tout document écrit (fourni comme preuves d'assurabilité) qui peut avoir été remis à l'assureur relativement à son assurance en vertu de la police. L'assureur fournira au Participant la première copie de la police, le formulaire d'adhésion et tous les documents écrits pertinents, et ce, sans frais. Des copies additionnelles peuvent être obtenues moyennant des frais établis par l'assureur.

COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT

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

Afin de profiter d'un traitement accéléré, le Participant peut transmettre ses demandes de règlement de l'une ou l'autre des façons suivantes, si celles-ci sont offertes dans le cadre de son régime d'assurance collective :

- ♦ en ligne sur notre site sécurisé *Espace client*, accessible via ia.ca;
ou
- ♦ [via iA Mobile](#)

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

Pour les Participants résidant au Québec

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

Pour les Participants résidant à l'extérieur du Québec

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
Assurance collective - Service des règlements maladie/dentaire
C.P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3

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

COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT

Demandes de règlement pour la garantie Assurance invalidité de longue durée

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

Pour les Participants résidant au Québec

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

Pour les Participants résidant à l'extérieur du Québec

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

AVIS IMPORTANT

pour les personnes hospitalisées hors de leur province de résidence

La Personne assurée est tenue de communiquer avec le fournisseur du service d'assistance médicale de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (ci-après « la Société ») aussitôt qu'elle est raisonnablement en mesure de le faire après le début de son Hospitalisation, sans quoi la Société peut refuser la demande de règlement de la Personne assurée ou y apporter des restrictions.

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

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (ci-après « la Société ») tient à protéger la confidentialité des renseignements personnels obtenus sur tout Participant et ses Personnes à charge dans le cadre de services fournis en vertu du régime collectif établi pour le Titulaire de la police. La Société reconnaît et respecte le droit de toute personne à sa vie privée et à la confidentialité des renseignements qui la concernent.

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

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

À la Société, les renseignements personnels recueillis sont utilisés dans le cadre de services administratifs exigés par le régime collectif. Ces services administratifs comprennent notamment :

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

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

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

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

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

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

ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Police n°. 100012339 établie par iA Marchés spéciaux, une division de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Catégories 001, 008

PROTECTION

Vous êtes couvert en cas de blessure par suite d'un accident se produisant n'importe où dans le monde, et ce, 24 heures sur 24, que vous soyez au travail ou non.

MONTANT D'ASSURANCE

Votre montant d'assurance (capital assuré) est égal au montant assuré sous votre police d'assurance vie collective en cours.

ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

GARANTIES

Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles

La « perte » ou « perte fonctionnelle » doit se produire dans les 365 jours suivant la date de l'accident. Les prestations, versées sous forme de paiement unique, sont exigibles en sus de celles de toute autre assurance dont l'assuré pourrait bénéficier.

Pour la perte :

de la vie.....	100%
des deux bras ou des deux mains.....	100%
des deux pieds.....	100%
de la vue complète des deux yeux.....	100%
d'une main et d'un pied.....	100%
d'une main et de la vue complète d'un œil.....	100%
d'un pied et de la vue complète d'un œil.....	100%
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles.....	100%
d'un bras ou d'une jambe.....	80%
d'une main ou d'un pied.....	75%
de la vue complète d'un œil.....	75%
de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles.....	75%
de l'ouïe d'une oreille.....	66 2/3%
du pouce et de l'index d'une main.....	33 1/3%
de quatre doigts d'une main.....	33 1/3%
de tous les orteils d'un pied.....	25%
Quadriplégie (paralysie complète des membres supérieurs et inférieurs).....	200%
Paraplégie (paralysie complète des deux membres inférieurs).....	200%
Hémiplégie (paralysie complète des membres, supérieur et inférieur, d'un côté du corps).....	200%

ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Adaptation de domicile et de véhicule (15 000 \$)

Si une personne assurée subit une blessure l'obligeant à se déplacer en fauteuil roulant, la Compagnie assume les frais engagés pour des modifications à la résidence principale de l'intéressé et/ou des modifications à un seul véhicule utilisé par cette personne, à condition qu'il s'agisse d'une blessure ouvrant droit à des indemnités en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles.

Coma ou État comateux

Si, dans les douze mois de l'accident qui en est la cause, une blessure subie par la personne assurée, sans être mortelle, plonge celle-ci dans un coma ou un état comateux, la Compagnie verse 1% du capital assuré (moins toute somme payée en vertu de la garantie « Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles ») pour chaque mois que dure ce coma ou cet état comateux. Les versements commencent dès la fin du délai de carence de 31 jours et se poursuivent jusqu'à concurrence d'un maximum de 100 mois consécutifs.

Droit de transformation

Sur cessation de son emploi effectif chez le Titulaire de la police, une personne assurée peut obtenir, sans justification d'assurabilité, que son assurance accident soit transformée en police individuelle d'un capital assuré égal ou inférieur à celui en vigueur à la cessation de son emploi. La demande de transformation doit être faite dans une période de 90 jours. Les primes sont payables annuellement par anticipation. Cette garantie est réservée aux assurés qui sont résidents canadiens.

Exonération des primes

Si une personne assurée est frappée d'invalidité totale et que sa demande d'exonération des primes est acceptée et approuvée en vertu du contrat d'assurance vie collective, la Compagnie renonce aux primes exigibles en vertu de la police jusqu'au décès, au rétablissement ou au 65^e anniversaire de l'intéressé, ou jusqu'à la date de résiliation de la police, selon ce qui se produit en premier.

ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Exposition aux éléments et Disparition

Si, par suite d'un accident, une personne assurée est inévitablement exposée aux éléments et qu'en conséquence de cette exposition elle subit, dans les 12 mois suivant la date de l'accident, une perte pour laquelle des indemnités auraient par ailleurs été exigibles en vertu des présentes, ladite perte est réputée être le résultat d'une blessure.

Si une personne assurée disparaît par suite de la destruction accidentelle, du naufrage ou de la disparition du véhicule dans lequel elle voyageait, et que son corps n'est pas retrouvé dans les 12 mois suivant la date de la destruction, du naufrage ou de la disparition, on la présume décédée des suites de ses blessures, à condition qu'il n'y ait aucune preuve du contraire et sous réserve de toute autre disposition de la police.

Formation de reclassement du conjoint (15 000 \$)

Si une personne assurée décède des suites d'une blessure, la Compagnie assume les frais effectivement engagés par le conjoint de la personne décédée pour suivre un programme régulier de formation professionnelle en vue d'obtenir les compétences exigées par un emploi effectif et sans lesquelles il ne saurait avoir toutes les aptitudes requises.

Frais d'obsèques (5 000 \$)

En cas de décès découlant d'une blessure, la Compagnie rembourse les frais d'obsèques réellement engagés. Si la garantie en cause est comprise dans plus d'une police que vous a consentie la Compagnie, les prestations exigibles à cet égard se limitent à celles d'une seule de ces polices.

Hospitalisation (2 500 \$)

Des indemnités quotidiennes correspondant à 1/30ème d'1% de son capital assuré sont versées à la personne assurée pour toute période d'hospitalisation jugée nécessaire pour le traitement d'une blessure entraînant un sinistre assuré en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles de la police, celle-ci étant alors en vigueur et sous réserve du montant mensuel maximum indiqué ci-dessus.

Toute période d'hospitalisation exigée pour le traitement d'une blessure autre que celles qui sont énumérées sous la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles sera assurée en vertu des dispositions ci-dessus, à condition que l'hospitalisation soit d'une durée d'au moins 4 jours.

ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Identification de la dépouille (5 000 \$)

Si une personne assurée décède des suites d'une blessure et que l'identification de la dépouille soit requise, la Compagnie assume les frais effectivement engagés par un membre de la famille immédiate pour son hébergement et ses repas ainsi que son transport par le parcours le plus direct, à condition que la dépouille soit à au moins 150 kilomètres du lieu de résidence dudit membre de la famille et que l'identification de la dépouille soit exigée par la police ou quelque organisme analogue chargé de l'application de la loi et ayant autorité en la matière. Si le transport se fait dans un véhicule ou un appareil qui n'est pas autorisé à transporter des passagers contre rémunération, le remboursement des frais de transport se limite à un maximum de 0,35 \$ par kilomètre parcouru.

Indemnités pour préjudice esthétique (25 000 \$)

Si une personne assurée subit une brûlure au troisième degré, la Compagnie paie un pourcentage du capital assuré, déterminé selon la partie du corps ayant été brûlée, conformément au tableau suivant :

Partie du corps	Classification de la surface corporelle (A)	Pourcentage maximum admissible pour la surface brûlée (B)	Pourcentage maximum de capital assuré exigible (C)
		%	%
Visage, cou, tête	11	9	99
Main et avant-bras	5	4,5	22,5
Bras (partie supérieure)	3	4,5	13,5
Torse (poitrine ou dos)	2	18	36
Cuisse	1	9	9
Jambe (sous le genou)	3	9	27

ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Indemnités pour préjudice esthétique (25 000 \$) (Suite...)

Le pourcentage maximal de capital assuré exigible (C) est établi en multipliant la classification de la surface corporelle (A) par le pourcentage admissible maximal pour la surface brûlée (B). Ce tableau ne précise que le pourcentage maximal de capital assuré exigible pour un même accident. Si la personne assurée subit des brûlures à plus d'une partie de son corps par suite d'un même accident, l'indemnité ne peut dépasser le maximum indiqué ci-dessus.

Invalidité permanente et totale

Si une blessure, dans les douze mois de la date de l'accident qui en est la cause, entraîne l'invalidité permanente et totale d'une personne assurée, empêchant ainsi cette dernière d'exercer toute profession et tout emploi - à condition toutefois que cette invalidité ait duré au moins douze mois consécutifs et qu'elle soit toujours totale, ininterrompue et permanente à la fin de cette période - la Compagnie verse le capital assuré moins tout montant déjà payé en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles, par suite du même accident.

Majoration pour port de ceinture de sécurité (50 000 \$)

En cas de sinistre assuré en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles, le capital assuré est majoré de 10 % si, au moment de l'accident, la personne assurée portait une ceinture de sécurité correctement attachée alors qu'elle conduisait un véhicule ou en était un passager.

Modifications et aménagements spéciaux apportés en milieu de travail (5 000 \$)

Si la personne assurée a besoin d'équipement spécial adapté et/ou de modifications afin d'accommoder son retour au travail actif à plein temps, la Compagnie paiera les dépenses à condition que le Titulaire de la police consente par écrit à apporter les modifications dans le milieu de travail aux fins de le rendre accessible et adapté aux besoins de ladite personne assurée; et que le Titulaire de la police reconnaisse par écrit que le rendement de la personne assurée dans l'exécution des tâches essentielles de son emploi puisse être affecté.

ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Prestation de deuil (1 000 \$)

Si une personne assurée décède par suite d'une blessure, la Compagnie paiera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par le conjoint et les enfants à charge pour un maximum de six rencontres de counselling pour les endeuillés avec un conseiller professionnel.

Prestations d'études supérieures (5 000 \$)

Si une personne assurée décède des suites d'une blessure, la Compagnie verse 5 % du capital assuré par année à tout enfant à charge de la personne décédée qui, à la date où s'est produit l'accident, était inscrit comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement postsecondaire (maximum de quatre années). Si, à la date du sinistre, aucun des enfants à charge de la personne assurée n'est admissible à la garantie de Prestations d'études supérieures, la Compagnie verse un supplément de 2 500 \$ au bénéficiaire désigné.

Prolongation d'assurance

L'assurance peut être prolongée pendant toute absence autorisée, tout congé parental ou de maternité, toute mise à pied, grève, lock-out ou invalidité de la personne assurée tel qu'au contrat d'assurance vie collective en cours du Titulaire de la police. Cette prolongation d'assurance est assujettie au paiement ininterrompu des primes.

Psychothérapie (5 000 \$)

Si une personne assurée subit une blessure ouvrant droit à des indemnités en vertu de la garantie « Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles » et pour laquelle elle a par la suite besoin d'une psychothérapie prescrite par un médecin, la Compagnie assume les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés à cet égard.

Rapatriement d'un défunt (15 000 \$)

Si une personne assurée décède des suites d'une blessure, la Compagnie assume les frais engagés pour l'expédition de la dépouille à la ville où résidait la personne qui est décédée.

ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Réadaptation (15 000 \$)

Si une personne assurée subit une blessure l'obligeant à obtenir une formation spéciale pour devenir apte à exercer une profession particulière qu'elle n'aurait pas exercée n'eût été cette blessure, la Compagnie assume les frais raisonnables et nécessaires engagés à cet égard dans les trois années de la date de l'accident, à condition qu'il s'agisse d'une blessure ouvrant droit à des indemnités en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles.

Services de garderie (5 000 \$)

Si une personne assurée décède des suites d'une blessure, la Compagnie verse 5 % du capital assuré par année, à concurrence de quatre années consécutives, à l'égard de tout enfant à charge de moins de 13 ans qui, à la date de l'accident ou dans les douze mois suivants, est inscrit à une garderie dûment agréée.

Transport d'un membre de la famille (15 000 \$)

Si une personne assurée ayant subi une blessure ouvrant droit à des indemnités en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles est hospitalisée à au moins 100 kilomètres de son lieu de résidence, la Compagnie assume les frais effectivement engagés pour l'hébergement d'un membre de la famille immédiate ainsi que pour son transport par le parcours le plus direct entre son domicile et le lieu d'hospitalisation de la personne assurée. Si le transport se fait dans un véhicule ou un appareil qui n'est pas autorisé à transporter des passagers contre rémunération, le remboursement des frais de transport se limite à un maximum de 0,35 \$ par kilomètre parcouru.

Assurance aérienne limitée

L'assurance comprend l'indemnisation en cas de blessures subies du fait d'avoir – en qualité de passager et non en qualité de pilote ou de membre d'équipage – voyagé à bord de, monté ou descendu de, été heurté par ou forcé d'atterrir dans :

- a) tout aéronef muni d'un certificat de navigabilité valide et exploité par une personne ayant une licence de pilote en règle l'autorisant à piloter un tel aéronef;

ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Assurance aérienne limitée (Suite...)

- b) tout type d'aéronef de transport employé par les Forces canadiennes ou par les services de transport analogues de toute autre instance dûment constituée par le gouvernement reconnu d'un État partout dans le monde, à condition que cet aéronef ne soit pas à l'essai ni employé à des fins expérimentales.

Indépendamment de a) et de b) ci-dessus, l'assurance exclut toute blessure subie du fait d'avoir – en qualité de passager, de pilote, d'exploitant ou de membre d'équipage – voyagé à bord de, monté dans ou descendu de, été heurté par ou forcé d'atterrir dans tout aéronef dont le Titulaire de la police est le propriétaire, l'exploitant ou le preneur à bail.

Assurance aéronef (Passager)

Indépendamment de toute disposition contraire aux présentes, l'assurance consentie en vertu de la présente police inclus l'indemnisation en cas de blessures subies du fait d'avoir en qualité de passager, et non en qualité de pilote ou de membre d'équipage voyagé à bord de, monté ou descendu de, été heurté par ou forcé d'atterrir dans tout aéronef à ailes fixes muni d'un certificat de navigabilité valide et exploité par une personne ayant une licence de pilote en règle l'autorisant à piloter un tel aéronef.

Le complément d'assurance consenti ne s'applique à aucun sinistre, mortel ou autre, causé par ou résultant d'une blessure subie alors que la personne assurée :

- (a) voyageait dans un aéronef au cours de démonstrations de voltige ou d'acrobatie ou de courses aériennes;
- (b) voyageait dans un aéronef au cours de vols d'épandage, d'ensemencement ou de pulvérisation, de vols d'inspection de pipelines ou de lignes de transmission d'énergie, ou de vols servant à toute forme de chasse ou de rabattage de gibier ou de rassemblement du bétail ou de la volaille, au remorquage de panneaux, sauf si la Société y a antérieurement consenti par écrit.

Les exclusions ci-dessus ne s'appliquent pas aux essais d'endurance, de démonstration ou à des fins expérimentales, ni pour transporter des passagers contre rémunération ou pour tout vol exigeant un permis spécial ou une exonération de la part des autorités compétentes en matière d'aviation civile (qu'on ait ou non obtenu ce permis ou cette exonération).

ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

EXCLUSIONS

- en cas de service actif à temps plein au sein des forces armées de tout pays;
- en cas de suicide ou de tentative de suicide ou en cas de blessure qu'on s'est intentionnellement infligée, qu'on soit sain d'esprit ou non;
- en cas de vol en qualité de passager ou autre à bord de tout véhicule ou appareil de navigation aérienne sauf selon les dispositions prévues dans les rubriques « Assurance aérienne limitée » et « Assurance aéronef (Passager) ».

CESSATION DE L'ASSURANCE D'UNE PERSONNE ASSURÉE

L'assurance de toute personne assurée prend immédiatement fin selon ce qui se produit en premier :

- a) la date de résiliation de la présente police;
- b) la date d'échéance de la prime si le Titulaire de la police omet de payer la prime exigée pour une personne assurée, sauf si c'est par inadvertance;
- c) la date d'échéance de la prime qui coïncide avec ou qui suit immédiatement la date de la retraite de la personne assurée;
- d) la date d'échéance de la prime qui suit la date à laquelle une personne assurée cesse d'être admissible à l'assurance en vertu de la présente, sauf dispositions contraires énoncées sous la rubrique « Prolongation d'assurance ».

ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

BÉNÉFICIAIRE

L'indemnité exigible en cas de décès d'une personne assurée est versée au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par la personne assurée et au dossier chez le Titulaire de la police. En l'absence d'une telle désignation de bénéficiaire par la personne assurée, est bénéficiaire toute personne ainsi désignée par la personne assurée en vertu de l'actuelle police d'assurance vie collective de base du Titulaire de la police et en l'absence d'une telle désignation, le bénéficiaire en cas de décès de la personne assurée sera la succession de celle-ci. Toute autre indemnité exigible est versée à la personne assurée, à l'exception des indemnités exigibles en vertu des garanties suivantes :

- Formation de reclassement du conjoint
- Frais d'obsèques
- Identification de la dépouille
- Modifications et aménagements spéciaux apportés en milieu de travail
- Prestation de deuil
- Prestations d'études supérieures
- Rapatriement d'un défunt
- Service de garderie
- Transport d'un membre de la famille

Dans le cas où cette police remplacerait une police en vigueur du Titulaire de la police, les renseignements au dossier concernant la désignation de bénéficiaire(s) seront supposés valides et demeureront pleinement applicables jusqu'à la réception d'une demande écrite de modification de la part de la personne assurée.

Toute procédure ou démarche intentée contre l'assureur aux fins de recouvrement des prestations payables aux termes du contrat est strictement interdite à moins qu'elle n'ait été entreprise dans les délais prévus par la Loi sur les assurances ou une autre loi applicable.

Le présent aperçu n'est fourni qu'à titre d'information. Pour connaître le détail de l'assurance, veuillez consulter le contrat cadre remis au Titulaire de la police et qui énonce clairement les dispositions du régime. Tout droit et toute obligation découlant de celui-ci est régi par le contrat cadre de la police établie par iA Marchés spéciaux, une division de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. et non par le présent aperçu.

ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

**Police n°. 100012340 établie par iA Marchés spéciaux, une division
de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.**

Catégories 001, 008

PROTECTION

En cas de blessure par suite d'un accident se produisant n'importe où dans le monde, et ce, 24 heures sur 24, au travail ou non, vous avez droit au capital assuré choisi au moment de votre adhésion. Vous pouvez aussi choisir d'assurer votre famille.

MONTANT D'ASSURANCE

Votre montant d'assurance peut être de toute tranche de 5 000 \$, à partir d'un minimum de 5 000 \$ et jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 650 000 \$ combiné avec votre plan d'assurance collective Décès et mutilation accidentels de base.

Le montant d'assurance de votre conjoint peut être de toute tranche de 5 000 \$, à partir d'un minimum de 5 000 \$ et jusqu'à concurrence d'un maximum de 400 000 \$.

Le montant d'assurance de chacun de vos enfants à charge peut être de toute tranche de 5 000 \$, à partir d'un minimum de 5 000 \$ et jusqu'à concurrence d'un maximum de 50 000 \$.

ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

GARANTIES

Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles

La « perte » ou « perte fonctionnelle » doit se produire dans les 365 jours suivant la date de l'accident. Les prestations, versées sous forme de paiement unique, sont exigibles en sus de celles de toute autre assurance dont l'assuré pourrait bénéficier.

Pour la perte :

de la vie.....	100%
des deux bras ou des deux mains	100%
des deux pieds.....	100%
de la vue complète des deux yeux	100%
d'une main et d'un pied.....	100%
d'une main et de la vue complète d'un œil	100%
d'un pied et de la vue complète d'un œil	100%
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100%
d'un bras ou d'une jambe	80%
d'une main ou d'un pied.....	75%
de la vue complète d'un œil.....	75%
de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	75%
de l'ouïe d'une oreille.....	66 2/3%
du pouce et de l'index d'une main	33 1/3%
de quatre doigts d'une main	33 1/3%
de tous les orteils d'un pied	25%
Quadriplégie (paralysie complète des membres supérieurs et inférieurs)	200%
Paraplégie (paralysie complète des deux membres inférieurs).....	200%
Hémiplégie (paralysie complète des membres, supérieur et inférieur, d'un côté du corps)	200%

ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Adaptation de domicile et de véhicule (15 000 \$)

Si une personne assurée subit une blessure l'obligeant à se déplacer en fauteuil roulant, la Compagnie assume les frais engagés pour des modifications à la résidence principale de l'intéressé et/ou des modifications à un seul véhicule utilisé par cette personne, à condition qu'il s'agisse d'une blessure ouvrant droit à des indemnités en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles.

Coma ou État comateux

Si, dans les douze mois de l'accident qui en est la cause, une blessure subie par la personne assurée, sans être mortelle, plonge celle-ci dans un coma ou un état comateux, la Compagnie verse 1% du capital assuré (moins toute somme payée en vertu de la garantie « Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles ») pour chaque mois que dure ce coma ou cet état comateux. Les versements commencent dès la fin du délai de carence de 31 jours et se poursuivent jusqu'à concurrence d'un maximum de 100 mois consécutifs.

Droit de transformation

Sur cessation de son emploi effectif chez le Titulaire de la police, un participant peut obtenir, sans justification d'assurabilité, que son assurance accident (et non celle de son conjoint et/ou de ses enfants à charge assurés) soit transformée en police individuelle d'un capital assuré égal ou inférieur à celui en vigueur à la cessation de son emploi. La demande de transformation doit être faite dans une période de 90 jours. Les primes sont payables annuellement par anticipation. Cette garantie est réservée aux participants qui sont résidents canadiens.

Exonération des primes

Si un participant est frappé d'invalidité totale et que sa demande d'exonération des primes est acceptée et approuvée en vertu du contrat d'assurance vie collective, la Compagnie renonce aux primes exigibles en vertu de la police jusqu'au décès, au rétablissement ou au 65^e anniversaire du participant, ou jusqu'à la date de résiliation de la police, selon ce qui se produit en premier.

ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Exposition aux éléments et Disparition

Si, par suite d'un accident, une personne assurée est inévitablement exposée aux éléments et qu'en conséquence de cette exposition elle subit, dans les 12 mois suivant la date de l'accident, une perte pour laquelle des indemnités auraient par ailleurs été exigibles en vertu des présentes, ladite perte est réputée être le résultat d'une blessure.

Si une personne assurée disparaît par suite de la destruction accidentelle, du naufrage ou de la disparition du véhicule dans lequel elle voyageait, et que son corps n'est pas retrouvé dans les 12 mois suivant la date de la destruction, du naufrage ou de la disparition, on la présume décédée des suites de ses blessures, à condition qu'il n'y ait aucune preuve du contraire et sous réserve de toute autre disposition de la police.

Formation de reclassement du conjoint (15 000 \$)

Si un participant décède des suites d'une blessure, la Compagnie assume les frais effectivement engagés par le conjoint pour suivre un programme régulier de formation professionnelle en vue d'obtenir les compétences exigées par un emploi effectif et sans lesquelles il ne saurait avoir toutes les aptitudes requises.

Frais d'obsèques (5 000 \$)

En cas de décès découlant d'une blessure, la Compagnie rembourse les frais d'obsèques réellement engagés. Si la garantie en cause est comprise dans plus d'une police que vous a consentie la Compagnie, les prestations exigibles à cet égard se limitent à celles d'une seule de ces polices.

Hospitalisation (2 500 \$)

Des indemnités quotidiennes correspondant à 1/30ème d'1% de son capital assuré sont versées à la personne assurée pour toute période d'hospitalisation jugée nécessaire pour le traitement d'une blessure entraînant un sinistre assuré en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles de la police, celle-ci étant alors en vigueur et sous réserve du montant mensuel maximum indiqué ci-dessus.

Toute période d'hospitalisation exigée pour le traitement d'une blessure autre que celles qui sont énumérées sous la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles sera assurée en vertu des dispositions ci-dessus, à condition que l'hospitalisation soit d'une durée d'au moins 4 jours.

ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Identification de la dépouille (5 000 \$)

Si une personne assurée décède des suites d'une blessure et que l'identification de la dépouille soit requise, la Compagnie assume les frais effectivement engagés par un membre de la famille immédiate pour son hébergement et ses repas ainsi que son transport par le parcours le plus direct, à condition que la dépouille soit à au moins 150 kilomètres du lieu de résidence dudit membre de la famille et que l'identification de la dépouille soit exigée par la police ou quelque organisme analogue chargé de l'application de la loi et ayant autorité en la matière. Si le transport se fait dans un véhicule ou un appareil qui n'est pas autorisé à transporter des passagers contre rémunération, le remboursement des frais de transport se limite à un maximum de 0,35 \$ par kilomètre parcouru.

Indemnités pour préjudice esthétique (25 000 \$)

Si une personne assurée subit une brûlure au troisième degré, la Compagnie paie un pourcentage du capital assuré, déterminé selon la partie du corps ayant été brûlée, conformément au tableau suivant :

Partie du corps	Classification de la surface corporelle (A)	Pourcentage maximum admissible pour la surface brûlée (B)	Pourcentage maximum de capital assuré exigible (C)
		%	%
Visage, cou, tête	11	9	99
Main et avant-bras	5	4,5	22,5
Bras (partie supérieure)	3	4,5	13,5
Torse (poitrine ou dos)	2	18	36
Cuisse	1	9	9
Jambe (sous le genou)	3	9	27

ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Indemnités pour préjudice esthétique (25 000 \$) (Suite...)

Le pourcentage maximal de capital assuré exigible (C) est établi en multipliant la classification de la surface corporelle (A) par le pourcentage admissible maximal pour la surface brûlée (B). Ce tableau ne précise que le pourcentage maximal de capital assuré exigible pour un même accident. Si la personne assurée subit des brûlures à plus d'une partie de son corps par suite d'un même accident, l'indemnité ne peut dépasser le maximum indiqué ci-dessus.

Invalidité permanente et totale

Si une blessure, dans les douze mois de la date de l'accident qui en est la cause, entraîne l'invalidité permanente et totale d'une personne assurée, empêchant ainsi cette dernière d'exercer toute profession et tout emploi - à condition toutefois que cette invalidité ait duré au moins douze mois consécutifs et qu'elle soit toujours totale, ininterrompue et permanente à la fin de cette période - la Compagnie verse le capital assuré moins tout montant déjà payé en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles, par suite du même accident.

Majoration pour port de ceinture de sécurité (50 000 \$)

En cas de sinistre assuré en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles, le capital assuré est majoré de 10 % si, au moment de l'accident, la personne assurée portait une ceinture de sécurité correctement attachée alors qu'elle conduisait un véhicule ou en était un passager.

Modifications et aménagements spéciaux apportés en milieu de travail (5 000 \$)

Si un participant a besoin d'équipement spécial adapté et/ou de modifications afin d'accommoder son retour au travail actif à plein temps, la Compagnie paiera les dépenses à condition que le titulaire de police consente par écrit à apporter les modifications dans le milieu de travail aux fins de le rendre accessible et adapté aux besoins du dit participant; et que le titulaire de la police reconnaisse par écrit que le rendement du dit participant dans l'exécution des tâches essentielles de son emploi puisse être affecté.

ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Prestation de deuil

Si un participant décède par suite d'une blessure, la Compagnie paiera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par le conjoint et les enfants à charge pour un maximum de six rencontres de counselling pour les endeuillés avec un conseiller professionnel. Le montant maximum payable est de 1 000 \$ si le participant a sélectionné une couverture individuelle ou de 2 000 \$ par famille si le participant a sélectionné une couverture pour son conjoint et/ou enfant(s) à charge.

Prestations d'études supérieures (5 000 \$)

Si un participant décède des suites d'une blessure, la Compagnie verse 5 % du capital assuré par année à tout enfant à charge de ce dernier qui, à la date où s'est produit l'accident, était inscrit comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement postsecondaire (maximum de quatre années). Si, à la date du sinistre, aucun des enfants à charge du participant n'est admissible à la garantie de Prestations d'études supérieures, la Compagnie verse un supplément de 2 500 \$ au bénéficiaire désigné.

Prolongation d'assurance

L'assurance peut être prolongée tel que décrit au contrat d'assurance vie collective en cours du Titulaire de la police. Cette prolongation d'assurance est assujettie au paiement ininterrompu des primes.

Prolongation d'assurance familiale

Si un participant décède des suites d'un accident alors que son conjoint et ses enfants à charge sont assurés en vertu du présent régime, l'assurance peut être prolongée à l'intention du conjoint et des enfants à charge assurés pour une période de six mois, sans paiement de prime additionnelle à cet égard.

Psychothérapie (5 000 \$)

Si une personne assurée subit une blessure ouvrant droit à des indemnités en vertu de la garantie « Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles » et pour laquelle elle a par la suite besoin d'une psychothérapie prescrite par un médecin, la Compagnie assume les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés à cet égard.

ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Rapatriement d'un défunt (15 000 \$)

Si une personne assurée décède des suites d'une blessure, la Compagnie assume les frais engagés pour l'expédition de la dépouille à la ville où résidait la personne qui est décédée.

Réadaptation (15 000 \$)

Si un participant subit une blessure l'obligeant à obtenir une formation spéciale pour devenir apte à exercer une profession particulière qu'il n'aurait pas exercée n'eut été cette blessure, la Compagnie assume les frais raisonnables et nécessaires engagés à cet égard dans les trois années de la date de l'accident, à condition qu'il s'agisse d'une blessure ouvrant droit à des indemnités en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles.

Services de garderie (5 000 \$)

Si un participant décède des suites d'une blessure, la Compagnie verse 5 % du capital assuré par année, à concurrence de quatre années consécutives, à l'égard de tout enfant à charge de moins de 13 ans qui, à la date de l'accident ou dans les douze mois suivants, est inscrit à une garderie dûment agréée.

Transport d'un membre de la famille (15 000 \$)

Si une personne assurée ayant subi une blessure ouvrant droit à des indemnités en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles est hospitalisée à au moins 100 kilomètres de son lieu de résidence, la Compagnie assume les frais effectivement engagés pour l'hébergement d'un membre de la famille immédiate ainsi que pour son transport par le parcours le plus direct entre son domicile et le lieu d'hospitalisation de la personne assurée. Si le transport se fait dans un véhicule ou un appareil qui n'est pas autorisé à transporter des passagers contre rémunération, le remboursement des frais de transport se limite à un maximum de 0,35 \$ par kilomètre parcouru.

ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Assurance aérienne limitée

L'assurance comprend l'indemnisation en cas de blessures subies du fait d'avoir – en qualité de passager et non en qualité de pilote ou de membre d'équipage – voyagé à bord de, monté ou descendu de, été heurté par ou forcé d'atterrir dans :

- a) tout aéronef muni d'un certificat de navigabilité valide et exploité par une personne ayant une licence de pilote en règle l'autorisant à piloter un tel aéronef;
- b) tout type d'aéronef de transport employé par les Forces canadiennes ou par les services de transport analogues de toute autre instance dûment constituée par le gouvernement reconnu d'un État partout dans le monde, à condition que cet aéronef ne soit pas à l'essai ni employé à des fins expérimentales.

Indépendamment de a) et de b) ci-dessus, l'assurance exclut toute blessure subie du fait d'avoir – en qualité de passager, de pilote, d'exploitant ou de membre d'équipage – voyagé à bord de, monté dans ou descendu de, été heurté par ou forcé d'atterrir dans tout aéronef dont le Titulaire de la police est le propriétaire, l'exploitant ou le preneur à bail.

Assurance aéronef (Passager)

Indépendamment de toute disposition contraire aux présentes, l'assurance consentie en vertu de la présente police inclus l'indemnisation en cas de blessures subies du fait d'avoir en qualité de passager, et non en qualité de pilote ou de membre d'équipage voyagé à bord de, monté ou descendu de, été heurté par ou forcé d'atterrir dans tout aéronef à ailes fixes muni d'un certificat de navigabilité valide et exploité par une personne ayant une licence de pilote en règle l'autorisant à piloter un tel aéronef.

Le complément d'assurance consenti ne s'applique à aucun sinistre, mortel ou autre, causé par ou résultant d'une blessure subie alors que la personne assurée :

- a) voyageait dans un aéronef au cours de démonstrations de voltige ou d'acrobatie ou de courses aériennes;

ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Assurance aéronef (Passager) (suite...)

b) voyageait dans un aéronef au cours de vols d'épandage, d'ensemencement ou de pulvérisation, de vols d'inspection de pipelines ou de lignes de transmission d'énergie, ou de vols servant à toute forme de chasse ou de rabattage de gibier ou de rassemblement du bétail ou de la volaille, au remorquage de panneaux, sauf si la Société y a antérieurement consenti par écrit.

Les exclusions ci-dessus ne s'appliquent pas aux essais d'endurance, de démonstration ou à des fins expérimentales, ni pour transporter des passagers contre rémunération ou pour tout vol exigeant un permis spécial ou une exonération de la part des autorités compétentes en matière d'aviation civile (qu'on ait ou non obtenu ce permis ou cette exonération).

EXCLUSIONS

- en cas de service actif à temps plein au sein des forces armées de tout pays;
- en cas de suicide ou de tentative de suicide ou en cas de blessure qu'on s'est intentionnellement infligée, qu'on soit sain d'esprit ou non;
- en cas de vol en qualité de passager ou autre à bord de tout véhicule ou appareil de navigation aérienne sauf selon les dispositions prévues dans les rubriques « Assurance aérienne limitée » et « Assurance aéronef (Passager) ».

CESSATION DE L'ASSURANCE D'UNE PERSONNE ASSURÉE

L'assurance de toute personne assurée prend immédiatement fin selon ce qui se produit en premier :

A. En ce qui concerne le participant, dès : a) la date de résiliation de la présente police; b) la date d'échéance de la prime si le Titulaire de la police omet de payer la prime exigée pour un participant, sauf si c'est par inadvertance; c) la date d'échéance de la prime qui coïncide avec ou qui suit immédiatement la date du 70^e anniversaire du participant; d) la date d'échéance de la prime qui suit la date à laquelle le participant cesse d'être associé au Titulaire de la police à titre de personne admissible à l'assurance en vertu de la présente, sauf dispositions contraires énoncées sous la rubrique « Prolongation d'assurance ».

ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

CESSATION DE L'ASSURANCE D'UNE PERSONNE ASSURÉE (SUITE...)

B. En ce qui concerne le conjoint et/ou un enfant à charge assurés, dès : a) la date où cette personne cesse d'être admissible à l'assurance; b) la date de résiliation de l'assurance du participant.

BÉNÉFICIAIRE

L'indemnité exigible en cas de décès d'un participant est versée au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par le participant et au dossier chez le Titulaire de la police. En l'absence d'une telle désignation de bénéficiaire par le participant, est bénéficiaire toute personne ainsi désignée par le participant en vertu de l'actuelle police d'assurance vie collective de base du Titulaire de la police et en l'absence d'une telle désignation, le bénéficiaire en cas de décès du participant sera la succession de celui-ci. Toute autre indemnité exigible, y compris à l'égard du conjoint et/ou des enfants à charge assurés, est versée au participant, à l'exception des indemnités exigibles en vertu des garanties suivantes :

- Formation de reclassement du conjoint
- Frais d'obsèques
- Identification de la dépouille
- Modifications et aménagements spéciaux apportés en milieu de travail
- Prestation de deuil
- Prestations d'études supérieures
- Rapatriement d'un défunt
- Service de garderie
- Transport d'un membre de la famille

Dans le cas où cette police remplacerait une police en vigueur du Titulaire de la police, les renseignements au dossier concernant la désignation de bénéficiaire(s) seront supposés valides et demeureront pleinement applicables jusqu'à la réception d'une demande écrite de modification de la part du participant.

Toute procédure ou démarche intentée contre l'assureur aux fins de recouvrement des prestations payables aux termes du contrat est strictement interdite à moins qu'elle n'ait été entreprise dans les délais prévus par la Loi sur les assurances ou une autre loi applicable.

Le présent aperçu n'est fourni qu'à titre d'information. Pour connaître le détail de l'assurance, veuillez consulter le contrat cadre remis au Titulaire de la police et qui énonce clairement les dispositions du régime. Tout droit et toute obligation découlant de celui-ci est régi par le contrat cadre de la police établie par iA Marchés spéciaux, une division de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. et non par le présent aperçu.

ASSURANCE COLLECTIVE ACCIDENT VOYAGES D’AFFAIRES

Police n°. 100012341 établie par iA Marchés spéciaux, une division de l’Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Catégories 001, 008

PROTECTION ET MONTANT D’ASSURANCE

En cas de blessure occasionnée par un accident survenant dans le cadre d’un voyage d’affaires pour le compte du titulaire de la police, vous avez droit à un capital assuré de 200 000 \$.

La couverture prend effet lorsque la personne assurée quitte son domicile ou son lieu de travail pour le voyage d’affaires, selon la dernière éventualité, et se termine lorsqu’elle revient à son domicile ou à son lieu de travail, selon la première éventualité. Entre ces deux événements, la personne assurée est couverte en tout temps. *Les déplacements quotidiens vers et depuis le lieu de travail, les vacances et les congés autorisés sont exclus.* Les prestations exigibles en vertu de cette assurance s’ajoutent à celles de toute autre assurance.

ASSURANCE COLLECTIVE ACCIDENT VOYAGES D’AFFAIRES

GARANTIES

Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles

La « perte » ou « perte fonctionnelle » doit se produire dans les 365 jours suivant la date de l'accident. Les prestations, versées sous forme de paiement unique, sont exigibles en sus de celles de toute autre assurance dont l'assuré pourrait bénéficier.

Pour la perte :

de la vie.....	100%
des deux bras ou des deux mains.....	100%
des deux pieds.....	100%
de la vue complète des deux yeux.....	100%
d'une main et d'un pied.....	100%
d'une main et de la vue complète d'un œil.....	100%
d'un pied et de la vue complète d'un œil.....	100%
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles.....	100%
d'un bras ou d'une jambe.....	75%
d'une main ou d'un pied.....	66 2/3%
de la vue complète d'un œil.....	66 2/3%
de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles.....	66 2/3%
de l'ouïe d'une oreille.....	33 1/3%
du pouce et de l'index d'une main.....	33 1/3%
de quatre doigts d'une main.....	33 1/3%
de tous les orteils d'un pied.....	25%
Quadriplégie (paralysie complète des membres supérieurs et inférieurs).....	200%
Paraplégie (paralysie complète des deux membres inférieurs).....	200%
Hémiplégie (paralysie complète des membres, supérieur et inférieur, d'un côté du corps).....	200%

ASSURANCE COLLECTIVE ACCIDENT VOYAGES D’AFFAIRES

Assurance aérienne limitée

L’assurance comprend l’indemnisation en cas de blessures subies du fait d’avoir – en qualité de passager et non en qualité de pilote ou de membre d’équipage – voyagé à bord de, monté ou descendu de, été heurté par ou forcé d’atterrir dans :

- a) tout aéronef muni d’un certificat de navigabilité valide et exploité par une personne ayant une licence de pilote en règle l’autorisant à piloter un tel aéronef;
- b) tout type d’aéronef de transport employé par les Forces canadiennes ou par les services de transport analogues de toute autre instance dûment constituée par le gouvernement reconnu d’un État partout dans le monde, à condition que cet aéronef ne soit pas à l’essai ni employé à des fins expérimentales.

Indépendamment de a) et de b) ci-dessus, l’assurance exclut toute blessure subie du fait d’avoir – en qualité de passager, de pilote, d’exploitant ou de membre d’équipage – voyagé à bord de, monté dans ou descendu de, été heurté par ou forcé d’atterrir dans tout aéronef dont le Titulaire de la police est le propriétaire, l’exploitant ou le preneur à bail.

Assurance aéronef (Passager)

Indépendamment de toute disposition contraire aux présentes, l’assurance consentie en vertu de la présente police inclus l’indemnisation en cas de blessures subies du fait d’avoir en qualité de passager, et non en qualité de pilote ou de membre d’équipage voyagé à bord de, monté ou descendu de, été heurté par ou forcé d’atterrir dans tout aéronef à ailes fixes muni d’un certificat de navigabilité valide et exploité par une personne ayant une licence de pilote en règle l’autorisant à piloter un tel aéronef.

ASSURANCE COLLECTIVE ACCIDENT VOYAGES D’AFFAIRES

Assurance aéronef (Passager) (Suite...)

Le complément d'assurance consenti ne s'applique à aucun sinistre, mortel ou autre, causé par ou résultant d'une blessure subie alors que la personne assurée :

- (a) voyageait dans un aéronef au cours de démonstrations de voltige ou d'acrobatie ou de courses aériennes;
- (b) voyageait dans un aéronef au cours de vols d'épandage, d'ensemencement ou de pulvérisation, de vols d'inspection de pipelines ou de lignes de transmission d'énergie, ou de vols servant à toute forme de chasse ou de rabattage de gibier ou de rassemblement du bétail ou de la volaille, au remorquage de panneaux, sauf si la Société y a antérieurement consenti par écrit.

Les exclusions ci-dessus ne s'appliquent pas aux essais d'endurance, de démonstration ou à des fins expérimentales, ni pour transporter des passagers contre rémunération ou pour tout vol exigeant un permis spécial ou une exonération de la part des autorités compétentes en matière d'aviation civile (qu'on ait ou non obtenu ce permis ou cette exonération).

Exposition aux éléments et Disparition

Si, par suite d'un accident, une personne assurée est inévitablement exposée aux éléments et qu'en conséquence de cette exposition elle subit, dans les 12 mois suivant la date de l'accident, une perte pour laquelle des indemnités auraient par ailleurs été exigibles en vertu des présentes, ladite perte est réputée être le résultat d'une blessure.

Si une personne assurée disparaît par suite de la destruction accidentelle, du naufrage ou de la disparition du véhicule dans lequel elle voyageait, et que son corps n'est pas retrouvé dans les 12 mois suivant la date de la destruction, du naufrage ou de la disparition, on la présume décédée des suites de ses blessures, à condition qu'il n'y ait aucune preuve du contraire et sous réserve de toute autre disposition de la police.

ASSURANCE COLLECTIVE ACCIDENT VOYAGES D'AFFAIRES

Invalidité permanente et totale

Si une blessure, dans les douze mois de la date de l'accident qui en est la cause, entraîne l'invalidité permanente et totale d'une personne assurée, empêchant ainsi cette dernière d'exercer toute profession et tout emploi - à condition toutefois que cette invalidité ait duré au moins douze mois consécutifs et qu'elle soit toujours totale, ininterrompue et permanente à la fin de cette période - la Compagnie verse le capital assuré moins tout montant déjà payé en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles, par suite du même accident.

EXCLUSIONS

- en cas de service actif à temps plein au sein des forces armées de tout pays;
- en cas de suicide ou de tentative de suicide ou en cas de blessure qu'on s'est intentionnellement infligée, qu'on soit sain d'esprit ou non;
- en cas de vol en qualité de passager ou autre à bord de tout véhicule ou appareil de navigation aérienne sauf selon les dispositions prévues dans les rubriques « Assurance aérienne limitée » et « Assurance aéronef (Passager) ».

CESSATION DE L'ASSURANCE D'UNE PERSONNE ASSURÉE

L'assurance de toute personne assurée prend immédiatement fin selon ce qui se produit en premier :

- a) la date de résiliation de la présente police;
- b) la date d'échéance de la prime si le Titulaire de la police omet de payer la prime exigée pour une personne assurée, sauf si c'est par inadvertance;
- c) la date de la retraite de la personne assurée;
- d) la date à laquelle une personne assurée cesse d'être admissible à l'assurance en vertu de la présente.

ASSURANCE COLLECTIVE ACCIDENT VOYAGES D’AFFAIRES

BÉNÉFICIAIRE

L'indemnité exigible en cas de décès d'une personne assurée est versée au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par la personne assurée et au dossier chez le Titulaire de la police. En l'absence d'une telle désignation de bénéficiaire par la personne assurée, est bénéficiaire toute personne ainsi désignée par la personne assurée en vertu de l'actuelle police d'assurance vie collective de base du Titulaire de la police et en l'absence d'une telle désignation, le bénéficiaire en cas de décès de la personne assurée sera la succession de celle-ci. Toute autre indemnité exigible est versée à la personne assurée.

Dans le cas où cette police remplacerait une police en vigueur du Titulaire de la police, les renseignements au dossier concernant la désignation de bénéficiaire(s) seront supposés valides et demeureront pleinement applicables jusqu'à la réception d'une demande écrite de modification de la part de la personne assurée.

Toute procédure ou démarche intentée contre l'assureur aux fins de recouvrement des prestations payables aux termes du contrat est strictement interdite à moins qu'elle n'ait été entreprise dans les délais prévus par la Loi sur les assurances ou une autre loi applicable.

Le présent aperçu n'est fourni qu'à titre d'information. Pour connaître le détail de l'assurance, veuillez consulter le contrat cadre remis au Titulaire de la police et qui énonce clairement les dispositions du régime. Tout droit et toute obligation découlant de celui-ci est régi par le contrat cadre de la police établie par iA Marchés spéciaux, une division de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. et non par le présent aperçu.

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

Police No. 100012342 émise par l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers Inc.

Catégories 001, 008

TABLEAU DES PRESTATIONS

Vous, votre conjoint et vos enfants à charge sont assurés pour les avantages communiqués par l'administrateur de cette police.

MONTANT DE PRESTATIONS

L'assurance maladie grave collective facultative est offerte à vous et à votre conjoint par unités de 25 000 \$, jusqu'à concurrence de 10 unités ou de 250 000 \$. Une preuve d'assurabilité est requise pour tous les montants, à l'exception des demandes soumises lors d'une offre d'adhésion annuelle, d'une offre aux nouveaux employés ou d'une offre d'événement de vie admissible. Au cours de ces offres, vous et votre conjoint pouvez demander jusqu'à un maximum de 75 000 \$ sans preuves d'assurabilité.

Vous pouvez également soumettre une demande pour l'assurance maladie grave pour enfants à charge d'un montant de 5 000 \$ pour chacun de vos enfants à charge.

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

DESCRIPTION DU RÉGIME - COUVERTURE DE L'EMPLOYÉ OU DU CONJOINT

Garantie maladies ou affections couvertes

S'il est établi par un spécialiste qu'un employé assuré ou un conjoint assuré souffre d'une des maladies ou affections faisant l'objet de son assurance maladie grave collective facultative – celle-ci étant alors en vigueur – et que cette personne survit pendant au moins 30 jours suivant la date du diagnostic, ou toute autre période plus longue précisée pour certaines maladies ou affections couvertes, la société versera à l'employé assuré ou à son conjoint assuré le montant de prestations auquel il a droit pour la « **maladie ou affection couverte** » en cause, sous réserve des dispositions de la police collective. La date du diagnostic doit être ultérieure à la date de prise d'effet de l'assurance. En ce qui concerne les nouvelles couvertures ou les augmentations de couverture émises à la suite d'une offre aux nouveaux employés ou d'une offre d'événement de vie admissible seulement, la date du diagnostic de la condition couverte doit être ultérieure à la date à laquelle la demande pour l'assurance maladie grave collective facultative de la personne assurée est reçue par l'administrateur.

En cas de récurrence de cancer ou de métastases : aucune prestation ne sera versée en cas de récurrence de cancer ou de métastases si le cancer en question a été initialement diagnostiqué avant la date de prise d'effet de la protection de l'employé, sans égard à la date de récurrence de cancer ou de métastases. En ce qui concerne les nouvelles couvertures ou les augmentations de couverture émises à la suite d'une offre aux nouveaux employés ou d'une offre d'événement de vie admissible seulement, aucune prestation ne sera payable pour les récurrences ou les métastases d'un cancer si ce cancer a été diagnostiqué à l'origine avant la date à laquelle la demande de couverture de la personne assurée est reçue par l'administrateur.

Si la personne assurée décède avant de toucher la prestation approuvée, c'est à sa succession qu'elle est alors versée.

La prestation aux termes de la garantie maladies ou affections couvertes n'est exigible qu'une fois et n'est consentie par la société que pour la première des maladies ou affections couvertes à survenir.

Une fois qu'une indemnité couverte est devenue payable aux termes de la présente police ou du régime précédent à la suite d'une blessure, d'un accident, d'une maladie ou d'une affection, la personne assurée ne sera plus couverte par

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

la garantie MultiPrestations décrite ci-dessous pour une autre réclamation qui est:

- i) causée par la même blessure, accident, maladie ou affection ou y a contribué ; ou
- ii) le résultat de tout traitement médical ou chirurgical à l'égard de la même blessure, accident, maladie ou affection.

Garantie protection PrévenSoins

S'il est établi par un spécialiste qu'un employé assuré ou conjoint assuré souffre d'une des maladies ou affections faisant l'objet de la garantie protection PrévenSoins, son assurance maladie grave collective facultative étant alors en vigueur, la société lui versera une prestation qui correspond à 10 % du montant assuré à son égard (la « **garantie protection PrévenSoins** »), sous réserve des dispositions de la police collective. La date du diagnostic doit être ultérieure à la date de prise d'effet de l'assurance. En ce qui concerne les nouvelles couvertures ou les augmentations de couverture émises à la suite d'une offre aux nouveaux employés ou d'une offre d'événement de vie admissible seulement, la date du diagnostic de la condition couverte par la garantie protections PrévenSoins doit être ultérieure à la date à laquelle la demande pour l'assurance maladie grave collective facultative de la personne assurée est reçue par l'administrateur.

Si la personne assurée décède avant de toucher la prestation approuvée aux termes de la garantie protection PrévenSoins, c'est à sa succession qu'elle est alors versée. La prestation aux termes de la garantie protection PrévenSoins n'est exigible qu'une fois et n'est consentie par la société que pour une seule des maladies graves visées par cette garantie.

Le versement de la prestation protection PrévenSoins n'a aucun effet sur le montant exigible en raison d'une maladie ou affection faisant l'objet d'une demande aux termes de la garantie maladies ou affections couvertes.

L'assurance maladie grave collective facultative d'une personne assurée demeure en vigueur pendant l'étude d'une demande aux termes de la garantie protection PrévenSoins, ainsi qu'après le versement de l'indemnité qui en découle, à condition que le paiement des primes exigibles ne soit pas interrompu.

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

Garantie protection MultiPrestations

Si un employé assuré ou un conjoint assuré ayant touché une prestation d'assurance pour une des maladies ou affections couvertes aux termes de la police collective et qu'on lui diagnostique ensuite une maladie ou une affection couverte différente faisant partie des maladies ou affections couvertes aux termes d'un autre « **regroupement MultiPrestations** », la société lui versera alors le montant de prestations auquel il a droit aux termes de la « **garantie protection MultiPrestations** », sous réserve des dispositions de la police collective. Nonobstant ce qui précède, un employé qui a touché une prestation en vertu de la garantie maladies ou affections couvertes ou de la garantie protection MultiPrestations dans le cas d'un accident vasculaire cérébral ne sera pas admissible à une autre prestation en vertu de la garantie protection MultiPrestations à l'égard de toutes les maladies ou affections couvertes des regroupements MultiPrestations numéro 2 et regroupements MultiPrestations numéro 3

Pour avoir droit aux prestations aux termes de cette garantie, la personne assurée doit survivre au moins 30 jours suivant la date du diagnostic, ou toute autre période plus longue précisée pour certaines maladies ou affections couvertes.

La date du diagnostic doit être ultérieure à la date du diagnostic de la maladie ou affection couverte antérieurement. En outre, en ce qui concerne les augmentations de couverture émises à la suite d'une offre d'événement de vie admissible uniquement, la date du diagnostic doit être ultérieure ou à la date à laquelle l'administrateur a reçu la demande d'assurance maladie grave collective facultative de la personne assurée.

Si la personne assurée décède avant de toucher le montant d'assurance approuvé aux termes de la garantie protection MultiPrestations, c'est à sa succession que ce montant est alors versé.

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

Regroupements MultiPrestations

Maladies ou affections couvertes

Regroupement 1

Cancer (mettant la vie en danger)

Regroupement 2

Accident vasculaire cérébral, chirurgie de l'aorte, crise cardiaque, pontage aortocoronarien, remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque

Regroupement 3

Accident vasculaire cérébral, coma, démence y compris maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques, maladie du motoneurone, méningite purulente, perte d'autonomie, perte de l'usage de la parole, paralysie, sclérose en plaques, tumeur cérébrale bénigne

Regroupement 4

Anémie aplasique, défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe, greffe d'un organe vital, insuffisance rénale

Regroupement 5

Cécité

Regroupement 6

Surdité

Regroupement 7

Brûlures graves

Regroupement 8

Perte de membres

Regroupement 9

Infection au VIH contractée au travail

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

RESTRICTIONS

a) Cancer (mettant la vie en danger) et tumeur cérébrale bénigne

Un employé assuré ou un conjoint assuré n'a pas droit à la prestation d'assurance au titre de la garantie maladies et affections couvertes dans le cas d'un cancer (mettant la vie en danger) ou d'une tumeur cérébrale bénigne, si dans les 90 jours qui suivent la date de prise d'effet de son assurance, on lui diagnostique un cancer (mettant la vie en danger) ou une tumeur cérébrale bénigne, ou s'il manifeste quelque signe, symptôme ou s'il subit un examen menant à un diagnostic de cancer (mettant la vie en danger) ou d'une tumeur cérébrale bénigne, peu importe la date de celui-ci. Même si la personne assurée répond toujours aux critères d'admissibilité de l'assurance aux termes de la police, le cancer (mettant la vie en danger) ou la tumeur cérébrale bénigne n'est plus reconnu comme une des maladies ou affections couvertes.

b) Protection PrévenSoins

Un employé assuré ou un conjoint assuré n'a pas droit à la prestation d'assurance au titre de la garantie protection PrévenSoins dans le cas d'un cancer en première phase, si dans les 90 jours qui suivent la date de prise d'effet de son assurance, on lui diagnostique un cancer en première phase, ou s'il manifeste quelque signe ou symptôme, s'il subit un examen menant à un diagnostic de cancer en première phase, peu importe la date de celui-ci. Dans le cas d'un tel diagnostic, tout cancer en première phase de la personne assurée cesse d'être reconnu comme une maladie ou affection couverte par la garantie protection PrévenSoins.

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

EXCLUSIONS

Aux exclusions comprises dans la définition de certaines maladies ou affections couvertes, les exclusions suivantes s'appliquent aussi.

- a) Aucune prestation ne sera versée si la maladie ou l'affection visée par la garantie maladies ou affections couvertes ou la garantie protection PrévenSoins est diagnostiquée avant la date de prise d'effet de l'assurance maladie grave collective facultative de l'employé assuré ou du conjoint assuré ;
- b) Aucune prestation ne sera versée si la maladie ou l'affection visée par la garantie protection PrévenSoins résulte d'une maladie ou affection visée par la protection PrévenSoins diagnostiquée avant la date de prise d'effet de l'assurance maladie grave collective facultative de l'employé assuré ou du conjoint assuré ;
- c) Aucune prestation ne sera versée si la maladie ou l'affection couverte visée par la garantie maladies ou affections couvertes ou par la garantie protection PrévenSoins résulte directement ou indirectement d'une ou plusieurs des éventualités suivantes :
 - i) d'une tentative de suicide;
 - ii) d'un empoisonnement ou d'une inhalation de gaz, volontaire ou involontaire, sans rapport à l'emploi de l'employé assuré ou du conjoint assuré;
 - iii) de la consommation de drogues autres que prescrites par un médecin autorisé;
 - iv) d'une guerre ou du service actif et à plein temps dans les forces armées d'un pays;
 - v) du vol à titre d'élève –pilote ou vol à titre de pilote titulaire d'une licence privée pendant moins de 25 heures en plus de 400 heures par année ; ou
 - vi) de la participation à un acte criminel ou à une tentative d'acte criminel, notamment la conduite d'un véhicule motorisé avec un taux d'alcoolémie supérieur à 80 mg d'alcool par 100 ml de sang chez l'employée assuré ou le conjoint assuré;
 - vii) de toute blessure qu'on s'est soi-même infligée intentionnellement, sain d'esprit ou non.
- d) À l'égard de l'assurance maladie grave collective facultative délivrée à un employé ou à un conjoint qui a été approuvée par la société par suite d'une adhésion annuelle, d'une offre aux nouveaux employés ou d'une

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

offre d'événement de vie admissible, aucune prestation ne sera versée si la maladie ou affection couverte faisant normalement partie des maladies ou affections couvertes, ou visée par la garantie protection PrévenSoins résulte directement ou indirectement d'une maladie ou affection ou de quelque trouble mental, nerveux ou psychiatrique pour lequel l'employé assuré ou le conjoint assuré a reçu (ou qu'une personne prudente aurait normalement reçu) des conseils médicaux, un traitement, des services, des médicaments d'ordonnance, un diagnostic ou une consultation, y compris une consultation pour faire enquête ou pour poser un diagnostic (là où il n'a pas encore été établi), dans les 24 mois qui précèdent immédiatement la date de prise d'effet de l'assurance de la personne assurée. Cette exclusion s'applique pour les 24 mois suivant la date de prise d'effet de l'assurance maladie grave collective facultative de l'employé assuré ou du conjoint assuré aux termes d'une adhésion annuelle, d'une offre aux nouveaux employés ou d'une offre d'événement de vie admissible.

Remarque 1: L'exclusion pour les conditions préexistantes applicable aux couvertures suite à une adhésion annuelle, d'une offre aux nouveaux employés ou d'une offre d'événement de vie admissible, sera supprimée dans l'éventualité qu'un employé ou un conjoint assuré soumette une demande de couverture pour l'assurance maladie grave collective facultative supplémentaire, qui est sujette à une preuve d'assurabilité, et qu'une telle couverture est approuvée par la société.

Remarque 2: Si l'employé assuré et/ou le conjoint assuré était assuré aux termes d'un ancien régime, l'exclusion de 24 mois relative aux conditions préexistantes susmentionnée à l'alinéa d) ci-dessus s'appliquera à partir de la date originale de la couverture aux termes de l'ancien régime pour toutes les maladies ou affections couvertes.

En outre, aucune prestation ne sera versée si l'employé assuré ou le conjoint assuré souffre de cécité, d'un coma, de surdité, d'une perte de membres, d'une paralysie, de brûlures graves ou, d'un accident vasculaire cérébral, directement ou indirectement attribuable à la pratique amateur ou professionnelle de la boxe, du saut à l'élastique, du saut d'un point fixe en parachute, du paralpinisme ou saut extrême, du saut de falaise, de l'alpinisme, de la course automobile ou d'épreuves de vitesse terrestres ou nautiques, du saut en parachute ou des activités sous-marines, y compris la plongée avec scaphandre autonome, la plongée avec scuba et la plongée en snuba.

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

Droit de transformation

Si l'assurance maladie grave collective d'un employé assuré ou du conjoint assuré prend fin du fait que cette personne assurée cesse d'être admissible à l'assurance aux termes de la police collective, et que la personne assurée n'a bénéficié d'aucune prestation aux termes d'une garantie maladies ou affections couvertes ou garantie protection PrévenSoins de la société, la personne assurée a le droit - jusqu'à et incluant son 65^e anniversaire - de transformer l'assurance maladie grave collective prenant fin en une police d'assurance maladie grave séparée et ce, sans justification d'assurabilité.

La police d'assurance maladie grave séparée (la « **police transformée** ») est établie par la société sous réserve des conditions suivantes :

- a) le montant d'assurance en vigueur à l'égard de la personne assurée à la date de résiliation est d'au moins 5 000 \$;
- b) le montant maximum d'assurance aux termes de la police transformée ne peut dépasser 100 000 \$ ni le montant d'assurance en vigueur à l'égard de la personne assurée à la date de résiliation de son assurance collective;
- c) la personne assurée doit résider au Canada au moment de sa demande qu'elle doit présenter à la société sur un formulaire dûment rempli accompagné de sa première prime dans les 31 jours de la date de résiliation de son assurance collective;
- d) la police transformée ne peut être qu'un type de contrat d'assurance temporaire jusqu'à 75 ans alors consenti par la société;
- e) la police transformée est établie sans exonération des primes, remboursement de primes, bonification d'assurance libérée, ou majoration garantie;
- f) les taux de primes de la police transformée sont ceux alors en vigueur pour ce type de police;
- g) les taux de primes sont déterminés en fonction du sexe de la personne assurée ainsi que de son âge et du fait qu'il soit fumeur ou non-fumeur au moment de la transformation de son assurance collective.
- h) si une clause spéciale, une exclusion et/ou une restriction avait été imposée à l'assurance maladie grave aux termes de la police collective, alors une clause spéciale, une exclusion et/ou une restriction comparable sera imposée à la police transformée.

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

DESCRIPTION DU RÉGIME – COUVERTURE DES ENFANTS À CHARGE

Garantie maladies ou affections couvertes pour enfants à charge

S'il est établi par un spécialiste qu'un enfant à charge assuré souffre d'une des maladies ou affections faisant l'objet de son assurance maladie grave pour enfants à charge – celle-ci étant alors en vigueur – et que cet enfant à charge assuré survit pendant au moins 30 jours suivant la date du diagnostic, ou toute autre période plus longue précisée pour certaines maladies ou affections couvertes, la société versera à l'employé assuré le montant de prestations auquel l'enfant à charge assuré a droit pour la maladie ou l'affection couverte en cause (la « **garantie maladies ou affections couvertes pour enfants à charge** »), sous réserve des dispositions de la police collective. La date du diagnostic doit être ultérieure à la date de prise d'effet de l'assurance. En ce qui concerne les nouvelles couvertures ou les augmentations de couverture émises à la suite d'une offre aux nouveaux employés ou d'une offre d'événement de vie admissible seulement, la date du diagnostic de la condition couverte doit être ultérieure à la date à laquelle la demande pour l'assurance maladie grave facultative pour enfants à charge de l'employé est reçu par l'administrateur.

En cas de récurrence de cancer ou de métastases : aucune prestation ne sera versée en cas de récurrence de cancer ou de métastases si le cancer en question a été initialement diagnostiqué avant la date de prise d'effet de la protection de l'enfant à charge assuré, sans égard à la date de récurrence de cancer ou de métastases. En ce qui concerne les nouvelles couvertures ou les augmentations de couverture émises à la suite d'une offre aux nouveaux employés ou d'une offre d'événement de vie admissible seulement, aucune prestation ne sera payable pour les récurrences ou les métastases d'un cancer si ce cancer a été diagnostiqué à l'origine avant la date à laquelle la demande de couverture pour l'assurance maladie grave facultative pour enfants à charge est reçue par l'administrateur.

Si l'enfant à charge assuré décède avant de toucher la prestation approuvée aux termes de la garantie protection PrévenSoins, c'est à l'employé qu'elle sera versée.

La prestation aux termes de la garantie maladies ou affections couvertes pour enfants à charge n'est exigible qu'une fois et n'est consentie par la société que pour une seule des maladies graves visées par cette garantie par enfant à charge assuré.

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

Nonobstant ce qui est cité précédemment, en ce qui concerne un enfant à charge assuré étant l'enfant naturel de l'employé assuré et dont la date de naissance coïncide avec ou suit la date de prise d'effet de l'assurance maladie grave pour enfants à charge aux termes du régime de la société :

- a) si un tel enfant à charge assuré, alors qu'il est encore dans le ventre de sa mère, est diagnostiqué avec une maladie ou affection couverte par un spécialiste, à l'exception du cancer (mettant la vie en danger) et d'une tumeur cérébrale bénigne, et qu'un tel enfant à charge assuré survit pendant 30 jours suivant la date de prise d'effet de la couverture aux termes de l'assurance maladie grave pour enfants à charge dudit enfant à charge, la société versera la prestation à l'employé assuré;
- b) si un tel enfant à charge assuré, alors qu'il est encore dans le ventre de sa mère, est diagnostiqué par un spécialiste d'un cancer (mettant la vie en danger) ou d'une tumeur cérébrale bénigne, les dispositions décrites dans la section a) « restrictions » ci-dessous s'appliqueront.

De plus, en ce qui concerne un enfant à charge assuré qui est l'enfant naturel de l'employé assuré et dont la date de naissance coïncide avec ou suit la date de prise d'effet de la police collective, les dispositions décrites dans la section b) « restrictions » ci-dessous s'appliqueront.

RESTRICTIONS

a) Cancer (mettant la vie en danger) et tumeur cérébrale bénigne

Un enfant à charge assuré n'a pas droit à la garantie maladies ou affections couvertes dans le cas d'un cancer (mettant la vie en danger) ou d'une tumeur cérébrale bénigne et la couverture sera nulle si, dans les 90 jours qui suivent la date de prise d'effet de son assurance maladie grave pour enfants à charge, on lui diagnostique un cancer (mettant la vie en danger) ou une tumeur cérébrale bénigne, qu'un signe ou symptôme se manifeste à cet égard ou s'il subit un examen menant à un tel diagnostic, peu importe la date de celui-ci.

De plus, un enfant à charge assuré qui est l'enfant naturel d'un employé assuré dont la date de naissance coïncide avec ou suit la date de prise d'effet de la couverture d'assurance maladie grave pour enfants à charge dudit employé n'a pas droit à la garantie maladies ou affections couvertes pour un cancer (mettant la vie en danger) ou une tumeur cérébrale bénigne et la couverture sera nulle si le cancer (mettant la vie en danger) ou la tumeur cérébrale bénigne a été diagnostiqué alors que l'enfant était encore dans le ventre de sa mère.

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

Dans l'éventualité qu'un tel enfant à charge assuré est le seul enfant à charge assuré de l'employé, toutes les primes payées pour l'assurance maladie grave pour enfants à charge seront remboursées.

b) Toutes les maladies ou affections couvertes à l'exception du cancer (mettant la vie en danger) et d'une tumeur cérébrale bénigne

Un enfant à charge assuré étant l'enfant naturel d'un employé assuré, lequel enfant à charge est né dans la période de 10 mois suivant immédiatement la date de prise d'effet de l'assurance maladie grave pour enfants à charge de l'employé en question, n'aura pas droit à la garantie maladies ou affections couvertes pour enfants à charge si, dans les 30 jours qui suivent la naissance d'un tel enfant à charge assuré il répond à l'une des conditions suivantes :

1. un diagnostic d'une maladie ou affection couverte ou
2. les parents ou le médecin traitant de l'enfant à charge s'aperçoivent de quelque signe que ce soit, de symptôme, de condition ou de problème médical qui mènerait au diagnostic d'une maladie ou affection couverte à n'importe quel moment à l'avenir.

Dans l'éventualité d'un tel diagnostic, en ce qui concerne l'enfant à charge assuré, d'une maladie ou d'une affection couverte autre qu'un cancer (mettant la vie en danger) ou une tumeur cérébrale bénigne, l'assurance maladie grave pour enfants à charge restera en vigueur mais la maladie ou l'affection couverte diagnostiquée applicable ne sera plus considérée comme une maladie ou une affection couverte pour cet enfant à charge.

EXCLUSIONS

Aux exclusions comprises dans la définition de certaines maladies ou affections couvertes, les exclusions suivantes s'appliquent aussi.

Aucune prestation ne sera versée si la maladie ou affection couverte visée par la garantie maladies ou affections couvertes pour enfants à charge résulte, directement ou indirectement, d'une ou plusieurs des éventualités suivantes :

- a) toute maladie ou affection couverte diagnostiquée avant la date de prise d'effet de l'assurance maladie grave pour enfants à charge de l'enfant en cause;
- b) d'une tentative de suicide;
- c) de la consommation de drogues autres que prescrites par un médecin autorisé;

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

- d) d'un empoisonnement ou d'une inhalation de gaz, volontaire ou involontaire, sans aucun rapport à l'emploi de l'enfant à charge assuré;
- e) d'une guerre ou du service actif et à plein temps dans les forces armées d'un pays;
- f) de la participation à un acte criminel ou à une tentative d'acte criminel, y compris notamment la conduite d'un véhicule motorisé avec un taux d'alcoolémie supérieur à 80 mg d'alcool par 100 ml de sang chez l'enfant à charge assuré;
- g) du vol à titre d'élève –pilote ou vol à titre de pilote titulaire d'une licence privée pendant moins de 25 heures en plus de 400 heures par année;
- h) d'une blessure qu'on s'est soi-même infligée intentionnellement, sain d'esprit ou non.

En outre, aucune prestation ne sera versée si l'enfant à charge assuré souffre de cécité, d'un coma, de surdité, d'une perte de membres, d'une paralysie, de brûlures graves ou d'un accident vasculaire cérébral, directement ou indirectement attribuable à la pratique amateur ou professionnelle de la boxe, du saut à l'élastique, du saut d'un point fixe en parachute, du paralpinisme ou saut extrême, du saut de falaise, de l'alpinisme, de la course automobile ou d'épreuves de vitesse terrestres ou nautiques, du saut en parachute, ou des activités sous-marines, y compris la plongée avec scaphandre autonome, la plongée avec scuba et la plongée en snuba.

À l'égard de l'assurance maladie grave pour enfants à charge, aucune prestation n'est versée si la maladie ou l'affection couverte résulte directement ou indirectement d'une maladie ou d'une affection ou de quelque trouble mental, nerveux ou psychiatrique pour lequel un enfant à charge assuré a reçu (ou qu'une personne prudente ou un parent prudent d'un enfant à charge aurait normalement reçu) des conseils médicaux, un traitement, des services, des médicaments d'ordonnance, un diagnostic ou une consultation, y compris une consultation pour faire enquête pour poser un diagnostic (là où il n'a pas encore été établi) dans les 24 mois qui précèdent immédiatement la date de prise d'effet de la couverture de l'enfant à charge. Cette exclusion s'appliquant pour les 24 mois suivant la date de prise d'effet de l'assurance maladie grave pour enfants à charge de l'enfant à charge en cause. Cette exclusion ne s'applique pas aux enfants à charge nés à la date de prise d'effet de l'assurance maladie grave pour enfants à charge de l'employé ou après cette date.

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

Nonobstant ce qui est cité au paragraphe précédent si l'enfant à charge assuré était assuré aux termes d'un ancien régime, l'exclusion de 24 mois relative aux conditions préexistantes susmentionnée ci-dessus s'appliquera à partir de la date de prise d'effet originale de la couverture aux termes de l'ancien régime pour toutes les maladies ou affections couvertes.

DÉFINITIONS

DÉFINITIONS GÉNÉRALES

Administrateur s'entend de Telus.

Adhésion annuelle (s'il y a lieu) s'entend de l'assurance maladie grave collective facultative et l'assurance maladie grave pour enfants à charge offertes aux employés admissibles, à leurs conjoints et / ou à leurs enfants à charge sur une base garantie lors d'une période d'adhésion ouverte de 60 jours dans laquelle les employés peuvent choisir de modifier leurs options de couverture dans le cadre du programme d'assurance collective de l'employeur.

Ancien régime s'entend de l'assurance maladie grave collective facultative offerte aux employés admissibles, ainsi qu'à leur conjoint et/ou enfant(s) à charge, fournie à l'employeur sous la police no.100012037 émise à Bombardier Inc. par la société, en vigueur jusqu'à minuit du jour précédant la date de prise d'effet de l'assurance maladie grave collective facultative et de l'assurance maladie grave pour enfants à charge sous la présente police d'assurance.

Conjoint s'entend du conjoint légitime ou de fait d'un employé. Le conjoint légitime est la personne qui est légalement mariée et cohabite avec l'employé, pour autant qu'il n'y ait pas d'accord de séparation, officiel ou autre. Le conjoint de fait est la personne qui vit avec l'employé maritalement depuis une période d'au moins 12 mois consécutifs.

Conjoint assuré s'entend d'une personne assurée qui est un conjoint.

Date de prise d'effet s'entend de la date d'entrée en vigueur de l'assurance d'une personne assuré.

Date du diagnostic s'entend de la date à laquelle un spécialiste pose, à l'égard de la personne assurée en cause, un diagnostic de maladie ou d'affection qui est couverte par la garantie maladies ou affections couvertes ou la garantie protection PrévenSoins.

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

Diagnostic s'entend d'un diagnostic, certifié par un spécialiste, à l'égard d'un la personne assurée en cause, de maladie ou d'affection qui est couverte par la garantie maladies ou affections couvertes ou la garantie protection PrévenSoins.

Employé s'entend d'un employé tel que le définit la police collective.

Employé assuré s'entend d'une personne assurée qui est un employé admissible.

Enfant à charge s'entend de tout enfant naturel, beau-fils ou belle-fille ou tout enfant adopté légalement d'un employé. L'enfant à charge doit être âgé de moins de 23 ans, célibataire et entièrement à la charge de ses parents ; ou âgé de 23 ans mais de moins de 26 ans, célibataire et entièrement à la charge de ses parents s'il poursuit des études à temps plein dans un institut, un collège ou une université reconnue.

Enfant à charge assuré s'entend d'une personne assurée qui est un enfant à charge.

Évènement de vie admissible s'entend de l'un des évènements suivants dans la vie d'un employé :

- Changement de statut matrimonial
- Naissance ou adoption d'un premier enfant à charge
- Fin de l'admissibilité du dernier enfant à charge
- Changement pour le conjoint à l'admissibilité d'un programme de protection par son employeur
- Décès du conjoint
- Retour aux études à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue d'un des enfants de plus de 22 ans mais de moins de 26 ans alors qu'il n'y avait plus d'enfants admissibles.

Maladies ou affections couvertes en ce qui concerne une personne assuré, un conjoint assuré ou un enfant à charge assuré, sont accident vasculaire cérébral, anémie aplasique, brûlures graves, cancer (mettant la vie en danger), cécité, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe, démence, y compris maladie d'Alzheimer, greffe d'un organe vital, Infection au VIH contractée au travail, Insuffisance rénale, maladie de parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques, maladie du motoneurone, méningite purulente, paralysie, perte d'autonomie, perte de l'usage de la parole, perte de membres, pontage

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

aortocoronarien, remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque, sclérose en plaques, surdité, tumeur cérébrale bénigne conformément à ce qui est défini plus loin sous la rubrique « Définitions des maladies ou affections couvertes – toutes les personnes assurées»

Maladies ou affections couvertes en ce qui concerne un enfant à charge seulement sont le diabète sucré de type 1, la dystrophie musculaire, la fibrose kystique, la maladie congénitale du cœur, la paralysie cérébrale, le syndrome de Down, et tel que défini sous la rubrique « *Définitions des maladies ou affections couvertes- enfants à charge seulement* ».

Maladies ou affections couvertes par la garantie protection PrévenSoins s'entend des troubles médicaux pour lesquels un employé assuré ou un conjoint assuré à droit à une prestation PrévenSoins aux termes de la police. Il s'agit de l'angioplastie coronarienne et du cancer en première phase selon qu'il est défini dans le présent document.

Offre d'un  v nement de vie admissible (le cas échéant) s'entend de l'assurance maladie grave collective facultative et l'assurance maladie grave pour enfants à charge offertes aux employés qui font face à des  v nements de vie pendant une période d'adhésion spécifiée.

Offre aux nouveaux employés (le cas échéant) s'entend de l'assurance maladie grave collective facultative et de l'assurance maladie grave pour enfants à charge offertes aux nouveaux employés, leurs conjoints et/ou enfants à charge sur une base d'adhésion garantie pendant une période d'adhésion spécifiée en autant que toute période d'attente requise pour admissibilité soit complétée.

Personne assurée s'entend d'une personne admissible et assurée aux termes de la police.

Prestation s'entend du montant d'assurance maladie grave collective facultative qui a été émis à l'employé.

Spécialiste s'entend d'un médecin praticien autorisé

- qui a reçu la formation propre au domaine de spécialisation médicale pertinent à la maladie assurée faisant l'objet d'une demande de prestations ;
- dont les compétences auront été certifiées par une commission d'examen appropriée ; et
- qui exerce sa profession dans son domaine de spécialisation au Canada ou aux  tats-Unis d'Amérique.

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

La définition de « spécialiste » comprend, sans s'y limiter : tout cardiologue, neurologue, néphrologue, oncologiste, ophtalmologiste, spécialiste des brûlures et interniste. Le spécialiste ne peut être ni la personne assurée, ni un parent ou un associé de celle-ci.

En l'absence ou en cas de non-disponibilité d'un spécialiste, et sous réserve de l'approbation de la société, une maladie assurée en vertu de la garantie maladies ou affections couvertes peut être diagnostiquée par tout médecin praticien autorisé exerçant sa profession au Canada ou aux États-Unis d'Amérique.

Vous ou **votre** fait référence à la personne assurée.

DÉFINITIONS DES MALADIES OU AFFECTIONS COUVERTES – TOUTES LES PERSONNES ASSURÉES

Accident vasculaire cérébral

s'entend d'un diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne, ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques;
- nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de 30 jours après 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.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte dans les cas suivants :

- *accident ischémique transitoire;*
- *accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;*
- *infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition du terme « accident vasculaire cérébral » ci-dessus.*

Anémie aplasique s'entend d'un diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopenie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants :

- stimulation de la moelle osseuse;
- immunosuppresseurs;

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

- greffe de moelle osseuse.

Le diagnostic d'anémie aplasique doit être posé par un spécialiste.

Brûlures graves s'entend d'un diagnostic formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures graves doit être posé par un spécialiste.

Cancer (mettant la vie en danger) s'entend d'un diagnostic formel d'une tumeur, qui doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains. Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome. Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte si, dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la couverture d'une personne assurée ou la date de la dernière remise en vigueur de la couverture d'une personne assurée si cette date est postérieure, cette personne assurée :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la police), peu importe la date du diagnostic ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la police).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la société dans les six mois suivant la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la société peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites (« borderline ») ou de non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta;
- cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases;
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

- *cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;*
- *leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai;*
- *tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC.*

Cécité s'entend d'un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par :

- une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux, ou
- un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste.

Chirurgie de l'aorte s'entend d'une intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Le terme « aorte » s'entend de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale, mais non des branches de l'aorte. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Coma s'entend d'un diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre ou moins pendant cette période. Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte dans les cas suivants :

- *le coma a été médicalement provoqué;*
- *le coma résulte directement de la consommation d'alcool ou de drogues;*
- *un diagnostic de mort cérébrale a été posé.*

Crise cardiaque s'entend d'un diagnostic formel de la mort du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine, qui entraîne l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes :

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

- *symptômes de crise cardiaque;*
- *changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque;*
- *apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.*

Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte dans les cas suivants :

- *augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne, et à défaut de nouvelles ondes Q;*
- *changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme à la définition du terme « crise cardiaque » ci-dessus.*

Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe s'entend d'un diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe du point de vue médical. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition du terme « défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe », la personne assurée doit être inscrite à titre de receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme de greffe requise. Pour les besoins de la période de survie, la date du diagnostic est la date de l'inscription de la personne assurée dans un centre de transplantation. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

Démence, y compris maladie d'Alzheimer s'entend d'un diagnostic formel de démence, soit la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- *aphasie (un trouble de la parole);*
- *apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);*
- *agnosie (difficulté à reconnaître des objets);*
- *perturbation des fonctions exécutives (p. ex., incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne.*

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

La personne assurée doit présenter :

- une démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et
- des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes obtenues soit par une batterie de tests cognitifs soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins six mois.

Le diagnostic de démence, y compris maladie d'Alzheimer doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte pour des troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.

Greffe d'un organe vital s'entend d'une intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire en raison d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition du terme « greffe d'un organe vital », la personne assurée doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

Infection au VIH contractée au travail s'entend d'un diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé la personne assurée à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'elle exerçait sa profession habituelle.

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date de prise d'effet de la couverture d'une personne assurée ou la date de la dernière remise en vigueur de la couverture d'une personne assurée si cette date est postérieure.

La prestation exigible au titre de la présente maladie ou affection couverte ne sera versée que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

- la blessure accidentelle doit être signalée à la société dans les 14 jours suivant cette blessure ;

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

- Une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif ;
- Une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif ;
- tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis ;
- la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux lignes directrices en vigueur au Canada ou aux États-Unis pour le milieu de travail.

Le diagnostic d'infection au VIH contractée au travail doit être posé par un spécialiste.

Exclusion: aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte dans les cas suivants :

- *la personne assurée a décidé de ne se faire administrer aucun des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH;*
- *un traitement approuvé contre l'infection au VIH était disponible avant la blessure accidentelle;*
- *l'infection au VIH résulte d'une blessure non accidentelle, y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par usage de drogues injectables*

Insuffisance rénale s'entend d'un diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale. Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un spécialiste.

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques s'entend d'un diagnostic formel de a) maladie de Parkinson ou de b) syndrome parkinsonien atypique tels que définis ci-dessous.

a) **Maladie de Parkinson** s'entend d'un diagnostic formel de maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants: rigidité musculaire ou tremblement de repos. La personne assurée doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an, et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

b) **Syndrome parkinsonien atypique** s'entend du diagnostic formel de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.

Le diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique doit être posé par un spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques » si, dans la première année suivant la date de prise d'effet de la couverture d'une personne assurée ou la date de la dernière remise en vigueur de la couverture d'une personne assurée si cette date est postérieure, cette personne assurée :

- *a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, peu importe la date d'établissement du diagnostic ou*
- *a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme.*
- *Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la société dans les six mois suivant la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la société peut refuser toute demande de règlement portant sur la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique, ou sur toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou son traitement.*

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques pour tout autre type de parkinsonisme.

Maladie du motoneurone s'entend d'un diagnostic formel de l'un des troubles suivants exclusivement : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, atrophie musculaire progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudo-bulbaire. Le diagnostic de maladie du motoneurone doit être posé par un spécialiste.

Méningite purulente s'entend d'un diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes en culture, et qui entraîne un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours suivant la date du diagnostic. Le diagnostic de méningite purulente doit être posé par un spécialiste.

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte dans le cas d'une méningite virale.

Paralysie s'entend d'un diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur. Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste.

Perte d'autonomie s'entend d'un diagnostic formel d'une incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux des six activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous sur une période continue d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement. Le diagnostic de perte d'autonomie doit être posé par un spécialiste.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- se laver – la capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se vêtir – la capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se servir des toilettes – la capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- être continent – la capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau raisonnable d'hygiène personnelle;
- se mouvoir – la capacité de se lever du lit, de se coucher, de s'asseoir et de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se nourrir – la capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.

Perte de l'usage de la parole s'entend d'un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours. Le diagnostic de perte de l'usage de la parole doit être posé par un spécialiste.

Exclusion: aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte pour toute cause psychiatrique.

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

Perte de membres s'entend d'un diagnostic formel de la séparation complète de deux membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville, ou plus haut par suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire. Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un spécialiste.

Pontage aortocoronarien s'entend d'une intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'une ou de plusieurs greffes. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque s'entend d'une intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusion: aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Sclérose en plaques s'entend d'un diagnostic formel d'au moins une des manifestations suivantes :

- au moins deux poussées cliniques distinctes, confirmées par imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
- anomalies neurologiques précises persistant pendant plus de six mois, confirmées par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
- une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux qui démontrent des plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

Le diagnostic de sclérose en plaques doit être posé par un spécialiste.

Surdité s'entend d'un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz. Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste.

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

Tumeur cérébrale bénigne s'entend d'un diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou une radiothérapie, ou provoquer des déficits neurologiques objectifs et irréversibles. Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte si, dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la couverture d'une personne assurée ou la date de la dernière remise en vigueur de la couverture d'une personne assurée si cette date est postérieure, cette personne assurée :

- *a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre de la police), peu importe la date d'établissement du diagnostic ou*
- *a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre de la police).*

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la société dans les six mois suivant la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la société peut refuser toute demande de règlement portant sur une tumeur cérébrale bénigne, ou sur toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte pour des adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

DÉFINITION DES MALADIES COUVERTES VISÉES PAR LA GARANTIE PROTECTION PRÉVENSOINS – EMPLOYÉS ET CONJOINTS SEULEMENT

Angioplastie coronarienne s'entend d'une intervention visant à dégager ou dilater une artère coronarienne qui apporte le sang au cœur pour en assurer le débit ininterrompu. La nécessité médicale de cette intervention doit être établie par un spécialiste.

Cancer en première phase s'entend de l'une ou l'autre des affections suivantes :

- cancer de la peau avec mélanome malin qui est d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, à moins qu'il ne soit ulcéré ou avec atteinte ganglionnaire ou avec métastases à distance;
- tout cancer de la peau sans mélanome, et sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance;
- cancer de la prostate de stade T1a ou T1b, sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance;
- cancer papillaire de la thyroïde ou cancer folliculaire de la thyroïde, ou les deux, dont le diamètre maximal est inférieur ou égal à 2,0 cm et de stade T1, sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance;
- leucémie lymphoïde chronique d'un stade inférieur au stade RAI 1;
- tumeurs stromales gastro-intestinales (TSGI) malignes et tumeurs carcinoïdes malignes, d'un stade inférieur au stade AJCC 2; ou
- carcinome canalaire in situ du sein.

Le diagnostic d'un cancer en première phase doit être posé par un spécialiste.

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

DÉFINITIONS DES MALADIES OU AFFECTIONS COUVERTES – ENFANTS À CHARGE SEULEMENT

Diabète sucré de type 1 s'entend d'un diagnostic du diabète sucré de type 1, caractérisé par une déficience absolue de sécrétion d'insuline et une dépendance continue à l'insuline exogène pour la survie. Le diagnostic doit être posé par un pédiatre qualifié ou un endocrinologue licencié pratiquant au Canada ou aux États-Unis. De plus, la preuve doit être faite qu'il y a dépendance à l'insuline depuis une période minimale de trois mois.

Dystrophie musculaire s'entend d'un diagnostic définitif de dystrophie musculaire, caractérisé par des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par une électromyographie et une biopsie musculaire.

Fibrose kystique s'entend d'un diagnostic définitif de fibrose kystique, mis en évidence par une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique.

Maladie congénitale du cœur s'entend d'un diagnostic d'une des affections du cœur suivantes après une période de survie de 30 jours suivant le diagnostic ou la naissance (le plus tard entre les deux). Le diagnostic doit être posé par un cardiologue pédiatrique qualifié et corroboré par l'imagerie cardiaque appropriée.

- Retour veineux anormal
- Ventricule gauche à double issue
- Tétralogie de Fallot
- Atrésie d'une valve cardiaque
- Syndrome d'Eisenmenger
- Hypoplasie ventricule droit
- Hypoplasie cœur gauche
- Tronc artériel commun
- Ventricule unique
- Ventricule à double voie d'entrée
- Maladie d'Ebstein
- Coarctation de l'aorte
- Transposition des gros vaisseaux

Exclusions : Les techniques telles que la valvuloplastie et la fermeture de communication interauriculaire percutanée sont exclues. Toutes les autres affections cardiaques congénitales sont exclues.

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

Paralysie cérébrale s'entend d'un diagnostic définitif de paralysie cérébrale, révélé par des troubles neurologiques non évolutifs caractérisés par des spasmes et une incoordination des mouvements.

Syndrome de Down s'entend du diagnostic définitif du syndrome de Down corroboré par une preuve chromosomique de la trisomie 21.

SERVICE DE GESTION DE TRAITEMENTS RÉCLAMATIONS CHEZ TUGO

À titre d'assuré aux termes d'un régime d'assurance maladie grave de la société, vous avez accès au service de **Réclamations chez TuGo** qui vous facilite l'obtention de soins médicaux spécialisés privés à l'occasion d'un sinistre. Ayant accès à des centres de traitement partout dans le monde, **Réclamations chez TuGo** coordonne les rendez-vous et les traitements médicaux avec les médecins spécialistes et les chirurgiens et s'occupe des modalités de voyage et d'hébergement, s'il y a lieu, à prix avantageux.

Pour savoir comment accéder à ce service, veuillez visiter le site www.tugo.com/fr/tms. Veuillez prendre note que des frais d'utilisation peuvent s'appliquer.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

RÉSILIATION DE L'ASSURANCE D'UNE PERSONNE ASSURÉE

L'assurance maladie grave collective d'un employé assuré prend fin automatiquement à la première des dates suivantes :

- a) la date de résiliation de la police collective;
- b) la date de décès de l'employé assuré;
- c) la fin du mois d'assurance qui coïncide avec ou qui suit immédiatement la date de cessation d'emploi de l'employé, ou la date à laquelle son emploi est modifié de sorte qu'il cesse d'être admissible à l'assurance aux termes de la police collective;
- d) la fin du mois d'assurance qui coïncide avec ou qui suit immédiatement le 75^e anniversaire de naissance de l'employé;
- e) la date d'échéance de toute prime impayée;
- f) la date à laquelle l'administrateur reçoit une demande écrite de l'employé de résiliation de la couverture d'assurance en totalité ou en partie ;

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

- g) la fin du mois d'assurance qui coïncide avec ou qui suit immédiatement la date à laquelle un congé (parental, de maternité, ou d'invalidité) se termine et que l'employé assuré n'est pas effectivement au travail;

L'assurance maladie grave collective facultative d'un conjoint assuré prend fin automatiquement à la première des dates suivantes :

- a) la date de résiliation de la police collective ;
- b) la date de décès de l'employé ou du conjoint assuré ;
- c) la fin du mois d'assurance qui coïncide avec ou qui suit immédiatement la date de cessation d'emploi de l'employé, ou la date à laquelle son emploi est modifié de sorte que l'employé cesse d'être admissible à l'assurance aux termes de la police collective ;
- d) la fin du mois d'assurance qui coïncide avec ou qui suit immédiatement le 75^e anniversaire de naissance du conjoint;
- e) la date d'échéance de toute prime impayée ;
- f) la date à laquelle l'administrateur reçoit une demande écrite de l'employé de résiliation de la couverture d'assurance du conjoint en totalité ou en partie ;
- g) la fin du mois d'assurance qui coïncide avec ou qui suit immédiatement la date à laquelle un congé (parental, de maternité, ou d'invalidité) se termine et que l'employé assuré n'est pas effectivement au travail;
- h) la fin du mois d'assurance qui coïncide avec ou qui suit immédiatement la date à laquelle le conjoint assuré cesse d'être admissible au titre de la définition de conjoint.

L'assurance maladie grave pour enfants à charge d'un enfant à charge assuré prend fin automatiquement à la première des dates suivantes

- a) la date de résiliation de la police collective ;
- b) la date à laquelle la prestation aux termes de la garantie maladies ou affections couvertes pour enfants à charge est versée pour l'enfant à charge assuré ;
- c) la date de décès de l'employé ou de l'enfant à charge assuré ;
- d) la fin du mois d'assurance qui coïncide avec ou qui suit immédiatement la date de cessation d'emploi de l'employé, ou la date à laquelle son emploi est modifié de sorte qu'il cesse d'être admissible à l'assurance maladie grave pour enfants à charge aux termes de la police collective ;

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE

- e) la date d'échéance de toute prime impayée ;
- f) la fin du mois d'assurance qui coïncide avec ou qui suit immédiatement la date à laquelle la société reçoit une demande écrite de l'employé de résiliation de la couverture d'assurance maladie grave pour enfants à charge ;
- g) la fin du mois d'assurance qui coïncide avec ou qui suit immédiatement la date à laquelle un congé (parental, de maternité, ou d'invalidité) se termine et que l'employé n'est pas effectivement au travail;
- h) la fin du mois d'assurance qui coïncide avec ou qui suit immédiatement la date à laquelle l'enfant à charge assuré cesse d'être admissible au titre de la définition d'enfant à charge

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Avant tout versement de prestations d'assurance aux termes de la police collective, les formulaires de demandes de règlement doivent être dûment remplis et envoyés à la société.

Toute action ou toute procédure engagée contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables aux termes du présent Contrat se prescrit de façon absolue dans le délai prévu par la Loi sur les assurances. La loi sur les assurances désigne la législation des assurances s'appliquant pour chacune des juridictions provinciales.

Remarque : Chaque demande est évaluée et réglée en fonction de la définition donnée à la date du diagnostic en cause pour la maladie ou affection couverte visée par la garantie maladies ou affections couvertes ou la garantie protection PrévenSoins applicable.

Le présent document ne donne qu'un aperçu des garanties d'assurance maladie grave collective facultative auxquelles vous et les personnes à votre charge, êtes admissibles aux termes d'un contrat d'assurance collective délivré à MHI RJ Aviation ULC sous la police No. 100012342 par l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers Inc. (« la société »). Cette police collective contient une disposition qui retire le droit à la personne assurée ou restreint le droit de la personne assurée de désigner des personnes à qui ou au bénéfice de qui les sommes assurées seront versées. En cas de divergence entre le présent document et les dispositions du contrat d'assurance collective, c'est ce dernier qui l'emporte. Tout droit d'une personne assurée aux garanties est régi uniquement par le contrat d'assurance collective, celui-ci pouvant toujours être modifié s'il y a lieu.

NOTES