



360° MC | ASSURANCE
COLLECTIVE

Votre régime d'assurance collective

COGECO

COGECO INC. ET SES FILIALES

Police n° 888146

Employés syndiqués de Cogeco Câble Québec SENC

Fière partenaire de



FONDATION MC
DES MALADIES
DU COEUR
ET DE L'AVC



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

Votre régime d'assurance collective

COGECO INC. ET SES FILIALES

Police n° 888146

Employés syndiqués de Cogeco Câble Québec SENC

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de votre police d'assurance collective qui a pris effet le 1^{er} septembre 2014. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

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

Cette version électronique de la brochure a été mise à jour le 1^{er} septembre 2014. Veuillez prendre note que cette version électronique est mise à jour plus régulièrement que la version imprimée de votre brochure. Des divergences peuvent donc apparaître entre les deux documents.

TABLE DES MATIÈRES

TABLEAU DES GARANTIES	1
GARANTIES AUTOFINANCÉES	7
DÉFINITIONS	13
ADMISSIBILITÉ	17
PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE ET EXONÉRATION DES PRIMES	19
CESSATION DE L'ASSURANCE	22
DEMANDES DE PRESTATIONS	23
ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT	25
ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE	30
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT	32
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT DE L'ADHÉRENT	34
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT	36
GARANTIE SALAIRE DE COURTE DURÉE DE L'ADHÉRENT	45
GARANTIE ACCIDENT-MALADIE	53
GARANTIE FRAIS DENTAIRE	72

TABLEAU DES GARANTIES

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Adhésion : Obligatoire

Conditions d'admissibilité

Nombre d'heures travaillées par semaine : Un minimum de 15 heures par semaine pour un employé permanent à temps plein.

Délai d'admissibilité : La date à laquelle l'employé compte 3 mois de service continu pour l'employeur.

Exonération des primes

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

- Assurance vie de base de l'adhérent;
- assurance vie de base des personnes à charge;
- assurance vie facultative de l'adhérent;
- assurance vie facultative du conjoint de l'adhérent;
- assurance salaire de courte durée de l'adhérent;
- assurance salaire de longue durée de l'adhérent.

Début de l'exonération : À la fin du délai de carence prévu en vertu de la garantie d'assurance salaire de longue durée de l'adhérent.

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

Montant de l'assurance : * 2 fois le revenu annuel, arrondi au prochain multiple de 1 000 \$, s'il n'en est pas déjà un, jusqu'à concurrence d'un maximum de 150 000 \$.

Maximum sans preuves d'assurabilité : 150 000 \$

*** Réduction du montant :** Aucune

Fin de la garantie :

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

ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE

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

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

Fin de la garantie :

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

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT

Montant de l'assurance : Tout montant d'assurance par tranches de 10 000 \$, jusqu'à concurrence d'un maximum de 400 000 \$.

Fin de la garantie :

Âge limite : Le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite, selon la première éventualité.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT DE L'ADHÉRENT

Montant de l'assurance : Tout montant d'assurance par tranches de 10 000 \$, jusqu'à concurrence d'un maximum de 400 000 \$.

Fin de la garantie :

Âge limite : Le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent, ou à la date de la retraite de l'adhérent, selon la première éventualité.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT

Pourcentage et maximum des prestations :

66 2/3 % du revenu mensuel, arrondi au prochain multiple de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un, jusqu'à concurrence de 5 000 \$.

Maximum sans preuves d'assurabilité :

5 000 \$

Délai de carence :

17 semaines

Durée maximale des prestations :

Jusqu'à l'âge de 65 ans.

Rajustement selon l'indice des prix à la consommation :

Jusqu'à concurrence de 2 %.

Imposition des prestations :

Non imposables

Cessation du versement des prestations

Âge limite :

Le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite, selon la première éventualité.

GARANTIES AUTOFINANCÉES

GARANTIE SALAIRE DE COURTE DURÉE DE L'ADHÉRENT

Pourcentage et maximum des prestations :

66 2/3 % du revenu hebdomadaire, arrondi au prochain multiple de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un, jusqu'à concurrence de 1 000 \$*.

* Le maximum des prestations est le moindre entre le résultat obtenu par le calcul indiqué ci-dessus et 85 % du revenu hebdomadaire net immédiatement avant l'invalidité totale.

Intégration à l'assurance emploi :

Aucune

Délai de carence :

5 jours en cas de maladie
0 jour en cas d'accident et d'hospitalisation.

Base de paiement :

7 jours (civils)

Durée maximale des prestations :

17 semaines

Imposition des prestations :

Non imposables

Cessation du versement des prestations

Âge limite :

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

GARANTIE ACCIDENT-MALADIE

La GARANTIE ACCIDENT-MALADIE est autofinancée par Cogeco inc. pour ses employés et administrée par Desjardins Sécurité financière.

Montant de la franchise

Médicaments : Aucune

Frais d'hospitalisation : Aucune

Garantie voyage : Aucune

Soins de la vue : Aucune

**Lunettes, lentilles
cornéennes et chirurgie :** Aucune

**Pour tous les autres
frais :** 25 \$ par personne couverte, jusqu'à
concurrence d'un maximum de 25 \$ par
famille par année civile.

Pourcentage de remboursement

Médicaments :

- 1) Médicaments génériques : 100 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché
- 2) Médicaments de marque :
 - 100 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou si la prescription du médecin porte la mention « PAS DE SUBSTITUTION »
 - 100 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché et si la prescription du médecin ne porte pas la mention « PAS DE SUBSTITUTION »

Contribution maximale pour les médicaments :

Pour chaque année civile, une contribution maximale s'applique aux frais admissibles pour les médicaments inscrits sur la liste de médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Cette contribution est la franchise et toute partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de cette garantie.

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

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

Cette disposition s'applique seulement aux résidents du Québec pour les médicaments achetés au Québec.

Pour tous les autres frais :

100 %

Limite des frais admissibles

Médicaments :

Frais usuels et raisonnables

Frais d'hospitalisation de courte durée :

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

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

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

Montant payable de 20 \$ par jour, jusqu'à concurrence d'un maximum de 180 jours par année civile.

Garantie voyage :

Jusqu'à concurrence d'un maximum viager payable de 5 000 000 \$ par personne couverte.

Soins infirmiers :

Montant payable de 25 000 \$ toutes les trois années civiles par personne couverte.

Services paramédicaux :

Montant payable de 500 \$, par année civile par personne couverte, pour chaque catégorie de spécialistes :

- Acupuncteur
- chiropraticien
- massothérapeute. Une recommandation médicale est requise.
- naturopathe
- orthophoniste ou thérapeute de la parole*
- ostéopathe
- physiothérapeute ou physiatre *. Une recommandation médicale est requise.
- podiatre ou podologue*
- psychologue

Les frais engagés pour des techniques d'imagerie utilisées par un chiropraticien, un ostéopathe, un podiatre sont couverts, jusqu'à concurrence d'un examen par personne couverte pour chacune des spécialités.

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

Soins de la vue :

- **Examen de la vue :** Montant payable de 50 \$ par personne couverte par période de 24 mois consécutifs.
- **Cristallin artificiel :** Montant payable de 200 \$ par personne couverte par période de 24 mois consécutifs. Ces frais sont combinés avec les frais de lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie.

Lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie :

Montant payable de 100 \$ par personne couverte par période de 24 mois consécutifs. Ces frais sont combinés avec les frais pour un cristallin artificiel.

Fin de la garantie

Âge limite : La date de la retraite.

GARANTIE FRAIS DENTAIRES

La GARANTIE FRAIS DENTAIRES est autofinancée par Cogeco inc. pour ses employés et administrée par Desjardins Sécurité financière.

**Année du guide des
tarifs dentaires :**

Année courante

Montant de la franchise :

25 \$ par personne couverte ou jusqu'à concurrence de 25 \$ par famille par année civile

**Pourcentage de
remboursement**

Soins de prévention :

80 %

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

80 %

**Montant maximum
payable**

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

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

Fréquence :

Pour examens de rappel, polissage, détartrage et application de fluorure tous les : 5 mois

Fin de la garantie

Âge limite :

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

DÉFINITIONS

Dans le cadre du contrat :

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

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

Administrateur du régime désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Employeur désigne Cogeco inc. ou toute société inscrite dans la section COMPTES ET CATÉGORIES du contrat.

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

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

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

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

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

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

Famille immédiate désigne une personne qui est le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère, la sœur, le beau-fils, la belle-fille, le beau-père, la belle-mère, le beau-frère ou la belle-sœur de l'adhérent couvert en vertu du contrat.

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

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

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

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

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

Personne couverte désigne l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge couvertes, le cas échéant. (garanties autofinancées)

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

Régime (garanties autofinancées) désigne les garanties salaire de courte durée de l'adhérent, accident-maladie et frais dentaires de l'adhérent de l'employeur.

Revenu désigne le taux de rémunération habituel de l'employé qui lui est versé par l'employeur, y compris les heures supplémentaires, les bonis et les indemnités d'après-midi, de soir ou de nuit . Ceci n'inclut pas toute autre forme de rémunération non régulière.

Dans le cas d'un employé dont la rémunération provient en totalité ou en partie de commissions, revenu désigne le taux de rémunération habituel moyen de l'employé versé par l'employeur, y compris les commissions indiqués sur les feuillets d'imposition applicables de l'employé pour l'année précédente. Si l'employé compte moins d'une année de service, revenu désigne le taux de rémunération habituel de l'employé déclaré par l'employeur.

Soins médicaux continus désigne la nature des soins que doit recevoir l'adhérent, lesquels doivent être reconnus comme efficaces, appropriés et essentiels pour l'établissement d'un diagnostic ou le traitement d'une personne en raison d'une maladie ou d'un accident. Ils doivent être raisonnables et de pratique courante, et être donnés ou prescrits par un médecin ou, lorsque l'assureur l'estime nécessaire, par un spécialiste du domaine approprié. Ces soins ne se limitent pas à des examens ou à des tests et leur fréquence doit correspondre à celle qu'exige l'affection en cause.

ADMISSIBILITÉ

ADMISSIBILITÉ DES EMPLOYÉS

Un employé devient admissible à l'assurance :

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

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

ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

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

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

DEMANDE D'ADHÉSION

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

DROIT D'EXEMPTION

Un adhérent peut refuser d'être couvert en vertu de la garantie accident-maladie ou de la garantie frais dentaires, s'il est couvert à titre de personne à charge en vertu du présent régime ou d'un autre régime d'assurance collective semblable. Toutefois, si l'on met fin à l'autre régime ou si le conjoint cesse de faire partie d'une catégorie admissible, l'adhérent peut, à compter de la date de cette cessation, être couvert en vertu de la garantie à laquelle il avait auparavant choisi de ne pas participer.

PERSONNE COUVERTE DE 65 ANS ET PLUS QUI RÉSIDE AU QUÉBEC

Toute personne de 65 ans et plus est couverte d'office par le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments en ce qui concerne les médicaments et autres produits apparaissant sur la liste de ce régime. Les personnes qui désirent maintenir en vigueur la couverture des médicaments prévue par le présent contrat après leur 65^e anniversaire de naissance doivent en faire la demande préalablement par écrit à l'administrateur du régime. Toutefois, aucune personne à charge ne peut demeurer couverte en vertu de la garantie accident-maladie si l'adhérent ne le demeure pas lui-même.

PREUVES D'ASSURABILITÉ

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

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

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE DES ADHÉRENTS

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

- 1) la date de prise d'effet du contrat;
- 2) la date à laquelle il devient admissible à l'assurance, pourvu que l'assureur reçoive sa demande écrite, remplie selon les exigences de l'assureur, dans les 31 jours suivant la date d'admissibilité;
- 3) la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité de l'employé s'il reçoit la demande d'assurance de l'employé plus de 31 jours après la date d'admissibilité, sauf dans le cas de la garantie d'assurance accident-maladie, qui prend effet à la date à laquelle l'employé qui réside au Québec signe sa demande écrite, remplie selon les exigences de l'assureur.

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

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

Si un adhérent demande un montant d'assurance qui excède le montant maximum que l'assureur accorde sans preuves d'assurabilité indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, ce montant d'assurance excédentaire prendra effet à la dernière des dates décrites ci-dessus ou à la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité de l'adhérent selon la dernière des éventualités.

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

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

- 1) la date à laquelle l'assurance de l'adhérent prend effet en vertu du contrat;
- 2) la date à laquelle l'adhérent assuré en vertu du contrat devient admissible à l'assurance des personnes à charge, pourvu qu'une demande soit soumise par écrit dans les 31 jours suivant cette date d'admissibilité;
- 3) la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité des personnes à charge, si l'adhérent doit fournir des preuves d'assurabilité parce qu'il n'a pas soumis sa demande d'assurance dans les 31 jours suivant la date à laquelle il est devenu admissible à l'assurance;
- 4) la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité des personnes à charge, si l'adhérent soumet une demande d'assurance des personnes à charge plus de 31 jours après être devenu admissible pour la première fois à l'assurance des personnes à charge.

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

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

EXONÉRATION DES PRIMES

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

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

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

CESSATION DE L'ASSURANCE

CESSATION DE L'ASSURANCE DES ADHÉRENTS

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

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

CESSATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

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

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

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

PROLONGATION DE L'ASSURANCE

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

DEMANDES DE PRESTATIONS

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

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

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

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

BÉNÉFICIAIRE

Pour l'assurance vie seulement, et sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérent peut désigner ou révoquer en tout temps un ou des bénéficiaires de son assurance en faisant parvenir un avis écrit au siège social de l'assureur. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier.

L'assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou révocation de bénéficiaire.

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

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

RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

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

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

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

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

EXAMENS MÉDICAUX

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

COORDINATION DES PRESTATIONS

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

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

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

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

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

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Invalidité totale ou totalement invalide désigne

- 1) pendant le délai de carence prévu dans la garantie d'assurance salaire de longue durée et les 24 mois qui suivent :

un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent d'accomplir toutes les tâches habituelles de sa fonction principale, sans exception;

- 2) après l'écoulement du délai de carence et des 24 mois qui suivent :

un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent de se livrer à tout travail pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation et de son expérience.

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

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

Formation et expérience désigne l'ensemble des connaissances et des compétences que l'adhérent a pu acquérir au cours de ses études, dans l'exercice de ses activités professionnelles actuelles ou passées, ou durant ses heures de loisir.

PREUVES D'ASSURABILITÉ

L'adhérent qui demande un montant de prestations plus élevé que le montant maximum pouvant être souscrit sans preuves d'assurabilité ainsi qu'il est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES pour la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent doit fournir des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'assureur pour la partie du montant des prestations qui excède ce maximum.

OBJET DE LA GARANTIE

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

PAIEMENT ANTICIPÉ

Sur acceptation de l'assureur, tout adhérent totalement invalide dont l'espérance de vie est de moins de 24 mois peut obtenir le paiement d'une partie du montant d'assurance vie de base payable à son décès, sous réserve des conditions suivantes :

- 1) l'assureur peut exiger que l'adhérent soit examiné par un médecin désigné par l'assureur;
- 2) l'adhérent totalement invalide doit obtenir l'approbation de l'assureur en vue de l'obtention de l'exonération des primes en vertu de la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent du contrat;
- 3) toute personne qui a un intérêt dans le montant d'assurance vie de base détenu par l'adhérent doit donner son consentement à ce versement en signant un formulaire fourni par l'assureur.

Le paiement anticipé est toutefois limité à 50 % du montant d'assurance vie de base indiqué au TABLEAU DES GARANTIES. De plus, ce montant ne peut être inférieur à 5 000 \$ ou excéder 100 000 \$.

Lors du décès de l'adhérent, le montant payable en vertu de la présente garantie est réduit du montant correspondant à la valeur du paiement anticipé.

Le preneur demeure responsable du versement de la prime de tout adhérent ayant bénéficié d'un versement anticipé à moins que l'adhérent ne soit exonéré du paiement des primes.

Valeur du paiement anticipé désigne le total des versements effectués en vertu du paiement anticipé plus les frais raisonnables engagés aux fins de vérification de l'état de santé de l'adhérent totalement invalide plus l'intérêt accumulé y afférent à partir de la date du versement jusqu'à la date du décès de l'adhérent totalement invalide.

Le taux d'intérêt est le taux de rendement annuel moyen des certificats de placement garantis d'un an émis par les sociétés de fiducie canadiennes. Le taux utilisé sera celui établi immédiatement après la date du paiement anticipé, tel que publié dans le bulletin mensuel ou hebdomadaire de statistiques de la Banque du Canada.

EXCLUSION AFFÉRENTE AU PAIEMENT ANTICIPÉ

L'assureur ne procédera pas au versement d'un paiement anticipé si la proposition renferme une déclaration erronée de faits ou si des renseignements importants n'ont pas été divulgués, que ce soit dans une période de deux ans ou non. Si l'on découvre, une fois que le versement du paiement anticipé a été effectué, que la proposition ou la protection est nulle et non avenue, le récipiendaire du paiement anticipé devra rembourser la valeur de ce paiement à l'assureur.

FIN DE LA GARANTIE

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

DROIT DE TRANSFORMATION

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

De plus, le nouveau montant d'assurance vie qui peut être transformé sera limité au moindre des montants suivants :

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

Pour un résident du Québec seulement, si l'assurance vie de base d'un adhérent âgé de 65 ans ou moins prend fin en raison de la résiliation du contrat et si cet adhérent a été assuré en vertu de la présente garantie de façon ininterrompue pendant les cinq années précédant immédiatement la résiliation du contrat, il a le droit de transformer en une police individuelle sans fournir de preuves d'assurabilité tout montant d'assurance jusqu'à concurrence du plus élevé des montants suivants : 10 000 \$ ou 25 % du montant d'assurance en vertu du contrat. Toutefois, ce montant d'assurance est diminué de toute assurance vie à laquelle l'adhérent devient admissible en vertu d'un contrat quelconque d'assurance collective au cours des 31 jours qui suivent la résiliation du contrat.

La police individuelle choisie conformément aux dispositions ci-dessus est assujettie aux conditions suivantes :

- 1) l'adhérent doit soumettre une proposition d'assurance individuelle à l'assureur et régler la première prime dans les 31 jours suivant la date de cessation de sa protection en vertu de la présente garantie;

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

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

DROIT DE L'ADHÉRENT APRÈS LA CESSATION DE L'ASSURANCE

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

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

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

Toute demande de paiement doit être présentée à l'assureur dans les 30 jours suivant la date du décès et une preuve écrite doit être remise dans les 90 jours.

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

La somme due au décès de l'adhérent est versée au bénéficiaire désigné par l'adhérent dans les 30 jours suivant la réception de preuves suffisantes du décès.

ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE

OBJET DE LA GARANTIE

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

DÉBUT DE L'ASSURANCE DU NOUVEAU-NÉ

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

FIN DE LA GARANTIE

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

DROIT DE TRANSFORMATION DES PERSONNES À CHARGE

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

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

- 4) l'assureur détermine la prime de la police individuelle en fonction du taux applicable, à la date de prise d'effet de cette police individuelle, à l'assurance et au montant d'assurance de la police établie, selon l'âge des personnes à charge à l'anniversaire de naissance le plus proche et la catégorie de risque à laquelle elles appartiennent;
- 5) le montant d'assurance de la police individuelle doit correspondre au montant d'assurance total que les personnes à charge peuvent transformer, même s'il est inférieur au montant d'assurance minimal qui s'applique normalement à l'assurance choisie;
- 6) la police individuelle ne prend pas effet avant la fin de la période de 31 jours qui suit immédiatement la date de cessation de l'assurance des personnes à charge en vertu de la présente garantie.

DROIT DES PERSONNES À CHARGE APRÈS LA CESSATION DE L'ASSURANCE

Si les personnes à charge assurées décèdent dans les 31 jours suivant la cessation de leur protection en vertu de la présente garantie, le montant d'assurance vie de base payable est celui que l'adhérent, ou les personnes à charge advenant le décès de l'adhérent, auraient eu le droit de transformer.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

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

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

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT

ADMISSIBILITÉ ET PREUVES D'ASSURABILITÉ

Comme condition préalable d'admissibilité à la présente garantie, l'adhérent doit soumettre des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

OBJET DE LA GARANTIE

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

EXCLUSION EN CAS DE SUICIDE

L'assureur n'est pas tenu de verser le montant d'assurance vie facultative si l'adhérent décède par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non, au cours des deux premières années qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie, de sa remise en vigueur ou de toute augmentation du montant de la garantie. L'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est alors nulle et sans effet et la responsabilité de l'assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

FIN DE LA GARANTIE

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

DROIT DE TRANSFORMATION

Si l'adhérent est âgé de 65 ans ou moins et que son assurance vie facultative prend fin en raison de l'une des conditions stipulées dans la disposition relative au DROIT DE TRANSFORMATION contenue dans l'assurance vie de base de l'adhérent et non pas uniquement parce qu'il l'a demandé, il a le droit de transformer cette assurance en une police d'assurance individuelle, sans preuves d'assurabilité.

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

DROIT DE L'ADHÉRENT APRÈS LA CESSATION DE L'ASSURANCE

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

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

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

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

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT DE L'ADHÉRENT

ADMISSIBILITÉ ET PREUVES D'ASSURABILITÉ

Comme condition préalable d'admissibilité à la présente garantie, le conjoint assuré doit soumettre des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

OBJET DE LA GARANTIE

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant que le conjoint assuré est décédé pendant qu'il était couvert en vertu de la présente garantie, l'assureur paie le montant d'assurance vie facultative applicable à ce conjoint conformément à ce qui est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES et aux dispositions applicables du contrat.

EXCLUSION EN CAS DE SUICIDE

L'assureur n'est pas tenu de verser le montant d'assurance vie facultative si le conjoint décède par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non, au cours des deux premières années qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie, de sa remise en vigueur ou de toute augmentation du montant de la garantie. L'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est alors nulle et sans effet et la responsabilité de l'assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

FIN DE LA GARANTIE

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

DROIT DE TRANSFORMATION

Si le conjoint est âgé de 65 ans ou moins et que son assurance vie facultative prend fin pour une raison autre qu'à la demande de l'adhérent, l'adhérent, ou le conjoint advenant le décès de l'adhérent, peut transformer cette assurance en une police d'assurance individuelle, sans preuves d'assurabilité.

Le montant d'assurance vie individuelle du conjoint qui peut être transformé doit être d'au moins le montant applicable dans la province de résidence de l'adhérent sans excéder le montant d'assurance vie facultative du conjoint en vigueur à la date de cessation de l'assurance.

Les modalités, conditions et restrictions applicables au DROIT DE TRANSFORMATION de l'assurance vie des personnes à charge s'appliquent à toute police individuelle offerte en vertu de la présente garantie.

DROIT DU CONJOINT APRÈS LA CESSATION DE L'ASSURANCE

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

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

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

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

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Délai de carence désigne la période ininterrompue d'invalidité totale qui doit s'écouler avant le début du versement des prestations mensuelles en vertu de la présente garantie; cette période est indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

Dans le cas d'une invalidité totale qui survient pendant tout congé ou absence prévus au contrat, à l'exception d'un congé de maternité et d'un congé parental ou pour raisons familiales, pourvu que la présente garantie puisse être maintenue en vigueur, et qu'elle l'ait été, le délai de carence commence à la date prévue de retour au travail.

Revenu mensuel net désigne le revenu mensuel de l'adhérent immédiatement avant le début de l'invalidité totale moins tous les impôts sur le revenu, les cotisations au Régime de pensions du Canada ou au Régime de rentes du Québec et les cotisations à l'assurance emploi prélevés sur le salaire.

Invalidité totale ou totalement invalide désigne

1) pendant le délai de carence et les 24 mois qui suivent :

un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent d'accomplir toutes les tâches habituelles de sa fonction principale, sans exception;

2) après l'écoulement du délai de carence et des 24 mois qui suivent :

un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident qui empêche complètement l'adhérent de se livrer à tout travail pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation et de son expérience.

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

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

Pour un adhérent ayant plus de 35 années de service, l'invalidité totale ou totalement invalide signifie un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent d'accomplir toutes les tâches habituelles de sa fonction principale, sans exception.

Formation et expérience désigne l'ensemble des connaissances et des compétences que l'adhérent a pu acquérir au cours de ses études, dans l'exercice de ses activités professionnelles actuelles ou passées, ou durant ses heures de loisir.

Période maximale désigne la période maximale durant laquelle les prestations mensuelles sont payables. Cette période est indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

PREUVES D'ASSURABILITÉ

L'adhérent qui demande un montant de prestations plus élevé que le montant maximum pouvant être souscrit sans preuves d'assurabilité indiqué dans le TABLEAU DES GARANTIES pour la garantie d'assurance salaire de longue durée doit fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur pour la partie du montant des prestations qui excède ce maximum.

OBJET DE LA GARANTIE

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant :

- 1) qu'un adhérent est devenu totalement invalide pendant qu'il était couvert en vertu de la présente garantie et qu'il est demeuré totalement invalide durant le délai de carence; et
- 2) que l'adhérent reçoit des soins médicaux continus selon ce qui est indiqué dans la section DÉFINITIONS du contrat;

l'assureur verse des prestations mensuelles aussi longtemps que l'adhérent continue d'être totalement invalide, jusqu'à concurrence de la période maximale indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

La période de congé de maladie du congé de maternité de tout adhérent est considérée comme une période d'invalidité totale aux fins du paiement des prestations de la présente protection, peu importe que son assurance ait ou non été maintenue en vigueur pendant ce congé. Conformément à ce qui est prévu au contrat, les prestations payables à l'adhérent à l'égard de cette période sont alors réduites de toutes autres prestations de maternité qui lui sont payables en vertu de tout régime public ou privé.

Dans le cas d'une invalidité totale qui survient durant la période de congé volontaire du congé de maternité, ou durant une période de congé parental ou de congé familial, le versement des prestations commence à la dernière des dates suivantes, pourvu que la présente garantie ait été maintenue en vigueur et que l'adhérent soit toujours totalement invalide et couvert en vertu de la présente garantie :

- 1) la date à laquelle le délai de carence se termine;
- 2) la date prévue de retour au travail.

Le montant de la prestation mensuelle payable en vertu de la présente garantie est celui indiqué au TABLEAU DES GARANTIES selon le revenu mensuel en vigueur immédiatement avant le début de l'invalidité totale.

Les versements en vertu de la présente garantie sont payables à compter de la fin du délai de carence et sont effectués à la fin de chaque mois.

Les paiements à l'égard d'une période de moins d'un mois sont calculés au taux quotidien de 1/30 de la prestation mensuelle.

La prestation mensuelle peut être imposable conformément à ce qui est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

RAJUSTEMENT SELON L'INDICE DES PRIX À LA CONSOMMATION

Au cours d'une période ininterrompue d'invalidité totale, l'assureur augmentera la prestation mensuelle versée à un adhérent en vertu de la présente garantie d'un montant correspondant au pourcentage de la prestation mensuelle indiqué au TABLEAU DES GARANTIES que l'adhérent reçoit alors au moment de l'augmentation. Les conditions relatives à cette augmentation sont les suivantes :

- 1) la première augmentation prend effet au 1^{er} janvier qui suit le premier versement des prestations d'invalidité de longue durée. L'augmentation correspond au moindre d'entre :
 - a) 2 % au prorata du nombre de mois où il y a eu un versement des prestations d'invalidité de longue durée; ou
 - b) l'indice des prix à la consommation (I.P.C.) au prorata du nombre de mois où il y a eu un versement des prestations d'invalidité de longue durée.
- 2) les augmentations subséquentes prennent effet à chaque anniversaire de la première augmentation;
- 3) pendant toute année, sauf la première, au cours de laquelle l'indice des prix à la consommation (I.P.C.) est inférieur au pourcentage indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, l'augmentation pour cette année particulière sera égale à celle de I.P.C.

RÉDUCTION DES PRESTATIONS MENSUELLES, RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

- 1) Intégration directe

La prestation mensuelle payable à l'adhérent en vertu de la présente garantie est diminuée :

- a) de toute somme que l'adhérent reçoit ou à laquelle il a droit en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable; et
- b) de toute prestation d'invalidité que l'adhérent reçoit ou à laquelle il a droit en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exception :
 - i) des prestations pour les personnes à charge;
 - ii) de tout montant versé en sus de la prestation initiale à titre d'indexation sur le coût de la vie une fois que le versement des prestations a commencé;

- c) de toute indemnité de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime public d'assurance automobile qui exige ou fournit des prestations d'assurance automobile sans égard à la responsabilité;
- d) de toute prestation d'invalidité payable par un régime de retraite privé.

2) Intégration indirecte

De plus, l'assureur réduira de nouveau la prestation mensuelle payable en vertu de la présente garantie par le montant, s'il en est, selon lequel le revenu mensuel total d'un adhérent provenant de toutes sources dépasse :

- a) 85 % de son revenu mensuel brut immédiatement avant l'invalidité totale, si la prestation mensuelle versée en vertu de la présente garantie fait partie du revenu de l'adhérent aux termes de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada); ou
- b) 85 % de son revenu mensuel net immédiatement avant l'invalidité totale, si la prestation mensuelle versée en vertu de la présente garantie ne fait pas partie du revenu de l'adhérent aux termes de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).

L'assureur prend en compte toute indemnité et tout paiement définis ci-dessous, que l'assuré reçoit ou auxquels il a droit, pour établir le revenu mensuel total de l'adhérent provenant de toutes sources :

- a) toute prestation mensuelle versée en vertu de la présente garantie;
- b) tout revenu mensuel ou paiement versé par l'employeur;
- c) toute prestation d'invalidité payable en vertu du Régime de rentes du Québec, à l'exception des prestations pour les personnes à charge et de tout montant supplémentaire versé à titre d'indexation des prestations sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;
- d) toute prestation d'invalidité payable en vertu du Régime de pensions du Canada, à l'exception des prestations pour les personnes à charge et de tout montant supplémentaire versé à titre d'indexation des prestations sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;
- e) toute prestation d'invalidité payable en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable ou d'un autre régime public, à l'exclusion des prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance emploi;
- f) toute prestation d'invalidité payable en vertu d'un régime d'assurance collective fourni par un employeur ou une association;

- g) toute prestation d'invalidité payable par un régime de retraite privé, à l'exclusion de tout montant supplémentaire versé à titre d'indexation des prestations sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;
 - h) toute indemnité de remplacement du revenu payable en vertu de tout régime public qui exige ou fournit des prestations d'assurance automobile sans égard à la responsabilité.
- 3) Si l'adhérent touche l'un ou l'autre des paiements ou indemnités susmentionnés en 1) et en 2) sous la forme d'un montant forfaitaire au lieu de prestations périodiques, l'assureur réduit le montant de la prestation mensuelle payable de ce montant, qui est ramené sur une base mensuelle en fonction d'une période de 60 mois ou du nombre de mois d'invalidité à l'égard duquel le montant forfaitaire est versé, selon la période la plus courte.

L'assureur réduira aussi les prestations mensuelles même si l'adhérent, qui se doit de faire la demande nécessaire, néglige ou refuse de se prévaloir de ses droits en vertu des lois et régimes décrits ci-dessus.

L'assureur peut à son gré utiliser une estimation du montant accordé en vertu de tout régime public avant la réception de l'avis du montant réellement accordé.

4) Restrictions

Aucun versement n'est effectué en rapport avec une période d'invalidité totale :

- a) durant laquelle l'adhérent ne reçoit pas des soins médicaux continus en raison de la maladie ou des dommages corporels causant l'invalidité totale;
- b) durant laquelle l'adhérent prend la portion «congé volontaire» d'un congé de maternité, tel que décrit à la section DÉFINITIONS, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- c) durant un congé parental ou familial pris par un adhérent conformément aux dispositions de la loi provinciale ou fédérale applicable, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- d) pendant toute période d'arrêt de travail par suite d'une grève, d'un lock-out, d'une mise à pied ou d'un congé autorisé, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- e) durant l'emprisonnement de l'adhérent par suite d'une condamnation pour infraction;
- f) lorsque l'adhérent séjourne à l'extérieur du Canada pendant une période de plus de 3 mois pour quelque raison que ce soit, à moins que l'assureur ne convienne d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période.

5) Exclusions

Cette garantie ne s'applique pas pour toute invalidité totale qui résulte directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :

- a) des dommages corporels que l'adhérent s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- b) une blessure subie lors d'une guerre, déclarée ou non, le service actif de l'adhérent dans les forces armées d'un pays, sa participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
- c) une infraction ou tentative d'infraction au Code criminel;
- d) des soins médicaux ou chirurgicaux d'ordre esthétique, sauf si les soins esthétiques sont fournis par suite d'un accident survenu pendant que l'adhérent était couvert en vertu du contrat;
- e) l'abus d'alcool ou de stupéfiants, à moins que l'adhérent ne participe de façon active et continue à un programme mené sous surveillance médicale pour remédier à cet abus, qu'il ne reçoive des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation et qu'il ne séjourne dans un centre spécialisé reconnu;
- f) le fait pour l'adhérent d'avoir conduit un véhicule motorisé alors qu'il était sous l'influence de stupéfiants ou que la concentration d'alcool dans son sang excédait la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada.

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ TOTALE

L'assureur considère des périodes successives d'invalidité totale due à une même cause ou à des causes connexes comme étant une même période d'invalidité totale sauf si elles sont séparées d'au moins :

- 1) 30 jours consécutifs de travail à temps plein durant le délai de carence; ou
- 2) six mois consécutifs de travail à temps plein suivant immédiatement une période d'invalidité totale qui a donné lieu au versement de prestations en vertu de la présente garantie.

L'assureur considère des périodes successives d'invalidité totale due à des causes qui ne sont pas du tout reliées entre elles comme étant une même période d'invalidité totale à moins d'être séparées d'au moins un jour de travail à temps plein.

Chaque fois que des périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme étant une même période d'invalidité totale, le délai de carence ne s'applique pas une deuxième fois et l'assureur verse le même montant que celui qui était applicable à la période d'invalidité totale initiale, moins tout paiement qui a déjà été effectué, aussi longtemps que l'assuré est totalement invalide, sous réserve de la période maximale de versement des prestations indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

GESTION DE L'INVALIDITÉ

L'assureur peut en tout temps exiger qu'un adhérent totalement invalide participe à un programme de gestion de l'invalidité ou qu'il s'adonne à une activité de réadaptation rémunératrice considérée satisfaisante par l'assureur.

L'assureur coordonne et assure le suivi nécessaire pour l'ensemble des services du programme de gestion de l'invalidité indiqués ci-dessous :

- 1) coordination de l'accès à des services de santé;
- 2) programme de soutien à la réintégration au travail;
- 3) négociation d'un retour progressif au travail;
- 4) programme de réadaptation pouvant inclure des services d'évaluation, de traitement, de formation, de placement et de recherche d'emploi.

Lorsqu'un adhérent reçoit des prestations mensuelles pour une invalidité totale et qu'il participe à un programme de gestion de l'invalidité ou une activité de réadaptation rémunératrice sous la surveillance de son médecin et avec l'approbation de l'assureur, les conditions suivantes s'appliquent :

- 1) l'invalidité totale n'est pas réputée avoir pris fin pour la seule raison que l'adhérent participe audit programme, sous réserve d'une période maximale de 24 mois;
- 2) si, pendant qu'il participe audit programme, l'état de santé de l'adhérent se détériore au point où il n'est plus capable de poursuivre le programme, les conditions de la présente garantie s'appliquent de nouveau à l'égard de l'adhérent, tout comme s'il n'avait jamais participé au programme;
- 3) la limite relative au nombre de mois pendant lesquels des prestations mensuelles sont payables au cours de toute période d'invalidité totale continue de s'appliquer même si l'adhérent participe à un programme approuvé de gestion de l'invalidité ou à une activité de réadaptation rémunératrice;
- 4) si, pendant qu'il participe audit programme, l'adhérent reçoit un revenu, l'assureur utilise la formule suivante pour déterminer quel montant il doit retrancher des prestations payables à l'adhérent :

$$(A \div B) \times C$$

A = Revenu gagné en vertu de toute activité de réadaptation.

B = Revenu que l'adhérent gagnait immédiatement avant la date du début de son invalidité totale.

C = Prestations mensuelles autrement payables en vertu de la présente garantie;

- 5) tant que l'adhérent participe au programme de gestion de l'invalidité, l'assureur réduit ses prestations mensuelles du montant nécessaire pour que son revenu total provenant de toutes sources, ainsi qu'il est défini dans la partie INTÉGRATION INDIRECTE de l'article RÉDUCTION DES PRESTATIONS MENSUELLES, RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS de la présente garantie, n'excède pas 100 % du revenu net qu'il gagnait avant son invalidité si les prestations ne sont pas imposables ou 100 % du revenu brut qu'il gagnait avant son invalidité si les prestations sont imposables.

L'adhérent qui refuse de participer à un programme de gestion de l'invalidité, qui ne participe pas de bonne foi à un tel programme ou qui ne s'adonne pas à une activité de réadaptation que l'assureur juge appropriée ne sera plus admissible aux prestations mensuelles prévues par la présente garantie.

CESSATION DES VERSEMENTS

Les versements en vertu de la présente garantie prennent fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
- 2) la date à laquelle l'adhérent s'adonne à toute tâche rémunératrice autre qu'une activité de réadaptation rémunératrice approuvée;
- 3) la date fixée par l'assureur à laquelle l'adhérent est censé lui avoir fourni une attestation satisfaisante de son invalidité totale ou s'être soumis à un examen médical demandé par l'assureur, mais a négligé ou refusé de le faire;
- 4) la date à laquelle est écoulée la période maximale de versement des prestations indiquée au TABLEAU DES GARANTIES pour toute période d'invalidité totale;
- 5) la date à laquelle l'adhérent refuse de participer à un programme de gestion de l'invalidité ou de s'adonner à une activité de réadaptation que l'assureur juge appropriée;
- 6) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

DROIT DE L'ADHÉRENT APRÈS LA CESSATION DE L'ASSURANCE

Si l'adhérent est totalement invalide à la date à laquelle son assurance prend fin, l'assureur prolonge l'assurance salaire de longue durée de l'adhérent aussi longtemps que cette invalidité totale se poursuit sans interruption, sous réserve des autres dispositions du contrat.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

L'adhérent doit présenter à l'assureur la déclaration écrite initiale de sinistre dans les 30 jours suivant l'expiration du délai de carence et la preuve écrite initiale, dans les 60 jours suivant l'expiration dudit délai.

S'il y a récurrence d'invalidité totale, l'adhérent doit présenter une déclaration écrite de sinistre à l'assureur dans les 30 jours suivant la date de la récurrence et une preuve écrite, dans les 60 jours suivant la date de ladite récurrence.

Par la suite, l'adhérent doit présenter une preuve écrite de continuité de l'invalidité totale jugée satisfaisante par l'assureur chaque fois que ce dernier en fait la demande.

GARANTIE SALAIRE DE COURTE DURÉE DE L'ADHÉRENT

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Délai de carence désigne la période ininterrompue d'invalidité totale qui doit s'écouler avant le début du versement des prestations hebdomadaires en vertu de la présente garantie; cette période est indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

Dans le cas d'une invalidité totale qui survient pendant un congé mentionné à l'article PROLONGATION DE LA COUVERTURE de la section COUVERTURE DE L'ADHÉRENT, à l'exception d'un congé de maternité et d'un congé parental ou pour raisons familiales, pourvu que la présente garantie puisse être maintenue en vigueur, et qu'elle l'ait été, le délai de carence commence à la date prévue de retour au travail.

Hospitalisation désigne

- 1) une admission à l'hôpital comme patient interne alité (salle ou chambre) pour un séjour qui dure plus de 18 heures consécutives;
- 2) toute visite dans un hôpital au cours de laquelle l'adhérent subit une chirurgie pratiquée par un médecin et nécessitant une anesthésie locale ou générale, à l'exclusion de toute chirurgie mineure pouvant être effectuée dans le bureau du médecin.

Invalidité totale ou totalement invalide désigne un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident, qui exige des soins médicaux continus et qui empêche complètement l'adhérent d'accomplir l'ensemble des tâches habituelles de sa fonction principale, sans exception.

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

Période maximale désigne le nombre maximal de semaines durant lesquelles les prestations sont payables. Cette période est indiquée au TABLEAU DES GARANTIES. Lorsque la présente garantie est intégrée en vertu du programme de l'assurance emploi, selon une intégration standard ainsi qu'il est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, la période maximale inclut le nombre de semaines durant lesquelles des prestations d'assurance emploi sont payables par le Développement des ressources humaines Canada (D.R.H.C.).

Revenu hebdomadaire net désigne le revenu hebdomadaire de l'adhérent immédiatement avant le début de l'invalidité totale moins tous les impôts sur le revenu, les cotisations au Régime de pensions du Canada ou au Régime de rentes du Québec et les cotisations à l'assurance emploi prélevés sur le salaire.

OBJET DE LA GARANTIE

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'administrateur du régime attestant :

- 1) qu'un adhérent est devenu totalement invalide pendant qu'il était couvert en vertu de la présente garantie et qu'il est demeuré totalement invalide durant le délai de carence indiqué au TABLEAU DES GARANTIES; et
- 2) que l'adhérent reçoit les soins médicaux continus d'un médecin selon ce qui est indiqué dans la partie DÉFINITIONS du contrat;

l'administrateur du régime verse à l'adhérent les prestations hebdomadaires aussi longtemps que celui-ci continue d'être totalement invalide, jusqu'à concurrence de la période maximale indiquée au TABLEAU DES GARANTIES et conformément aux dispositions applicables du contrat.

Tout accident tel que défini dans la partie DÉFINITIONS du contrat doit être constaté par un médecin et être survenu au plus tard 30 jours avant le début de l'invalidité totale.

La période de congé de maladie du congé de maternité de tout adhérent est considérée comme une période d'invalidité totale aux fins du paiement des prestations de la présente protection, peu importe que sa couverture ait ou non été maintenue en vigueur pendant ce congé. Conformément à ce qui est prévu au contrat, les prestations payables à l'adhérent à l'égard de cette période sont alors réduites de toutes autres prestations de maternité qui lui sont payables en vertu de tout régime public ou privé.

Dans le cas d'une invalidité totale qui survient durant la période de congé volontaire du congé de maternité, ou durant une période de congé parental ou de congé familial, le versement des prestations commence à la dernière des dates suivantes, pourvu que la présente garantie ait été maintenue en vigueur et que l'adhérent soit toujours totalement invalide et couvert en vertu de la présente garantie :

- 1) la date à laquelle le délai de carence se termine;
- 2) la date prévue de retour au travail.

Le montant de la prestation hebdomadaire payable en vertu de la présente garantie est celui indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, compte tenu du revenu en vigueur immédiatement avant le début de l'invalidité totale.

La prestation hebdomadaire peut être imposable conformément à ce qui est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

L'administrateur du régime effectue le versement des prestations en vertu de la présente garantie à la fin de chaque semaine, à compter de la date la plus tardive entre :

- 1) la date à laquelle le délai de carence se termine, et
- 2) le premier jour où l'adhérent consulte un médecin.

Le délai de carence est exprimé en jours civils.

Les paiements à l'égard d'une période de moins d'une semaine sont calculés au taux quotidien de 1/7 de la prestation hebdomadaire.

GESTION DE L'INVALIDITÉ

L'administrateur du régime peut en tout temps exiger qu'un adhérent totalement invalide participe à un programme de gestion de l'invalidité ou qu'il s'adonne à une activité de réadaptation rémunératrice considérée satisfaisante par l'administrateur du régime.

L'administrateur du régime coordonne et assure le suivi nécessaire pour l'ensemble des services du programme de gestion de l'invalidité indiqués ci-dessous :

- 1) coordination de l'accès à des services de santé;
- 2) programme de soutien à la réintégration au travail;
- 3) négociation d'un retour progressif au travail;
- 4) programme de réadaptation pouvant inclure des services d'évaluation, de traitement, de formation, de placement et de recherche d'emploi.

Lorsqu'un adhérent reçoit des prestations hebdomadaires pour une invalidité totale et qu'il participe à un programme de gestion de l'invalidité ou à une activité de réadaptation rémunératrice sous la surveillance de son médecin et avec l'approbation de l'administrateur du régime, les conditions suivantes s'appliquent :

- 1) l'invalidité totale n'est pas réputée avoir pris fin pour la seule raison que l'adhérent participe audit programme, sous réserve de la période maximale de versement de prestations hebdomadaires prévue par la présente garantie;
- 2) si, pendant qu'il participe audit programme, l'état de santé de l'adhérent se détériore au point où il n'est plus capable de poursuivre le programme, les conditions de la présente garantie s'appliquent de nouveau à l'égard de l'adhérent, tout comme s'il n'avait jamais participé au programme;
- 3) la limite relative au nombre de semaines pendant lesquelles des prestations hebdomadaires sont payables au cours de toute période d'invalidité totale continue de s'appliquer même si l'adhérent participe à un programme approuvé de gestion de l'invalidité ou à une activité de réadaptation rémunératrice;

- 4) si, pendant qu'il participe audit programme, l'adhérent reçoit un revenu, l'administrateur du régime utilise la formule suivante pour déterminer quel montant il doit retrancher des prestations payables :

$$(A \div B) \times C$$

- A = Revenu gagné en vertu de toute activité de réadaptation.
- B = Revenu que l'adhérent gagnait immédiatement avant la date du début de son invalidité totale.
- C = Prestations hebdomadaires autrement payables en vertu de la présente garantie;

- 5) tant que l'adhérent participe au programme de gestion de l'invalidité, l'administrateur du régime réduit ses prestations hebdomadaires du montant nécessaire pour que son revenu total provenant de toutes sources, ainsi qu'il est défini ci-après, n'excède pas 100 % du revenu net qu'il gagnait avant son invalidité si les prestations ne sont pas imposables ou 100 % du revenu brut qu'il gagnait avant son invalidité si les prestations sont imposables.

Le revenu total de l'adhérent provenant de toutes sources composé des sommes énumérées ci-dessous, qui lui ont été versées ou auxquelles il aurait droit, comprend :

- a) toute prestation hebdomadaire versée en vertu de la présente garantie;
- b) tout revenu hebdomadaire ou paiement versé par l'employeur;
- c) toute prestation d'invalidité payable en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, mais à l'exclusion des prestations pour les personnes à charge et de tout montant supplémentaire versé à titre d'indexation des prestations sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;
- d) toute prestation d'invalidité payable en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable ou d'un autre régime public, à l'exclusion des prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance emploi;
- e) toute prestation provenant d'un régime de retraite ou de rente fourni par le titulaire du régime du contrat, à l'exclusion de tout montant supplémentaire versé à titre d'indexation des prestations sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;

- f) toute indemnité de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime public qui exige ou fournit des prestations d'assurance automobile sans égard à la responsabilité, à condition que ces régimes puissent être inclus à la présente garantie aux fins de la réduction des prestations et qu'ils permettent que la présente garantie soit enregistrée pour la réduction des cotisations conformément à la Loi sur l'assurance emploi, sous réserve de toute modification législative.

Un adhérent qui refuse de participer à un programme de gestion de l'invalidité, qui ne participe pas de bonne foi à un tel programme ou qui ne s'adonne pas à une activité de réadaptation que l'administrateur du régime juge appropriée ne sera plus admissible aux prestations hebdomadaires prévues par la présente garantie.

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ

L'administrateur du régime considère des périodes successives d'invalidité totale qui surviennent après que des prestations hebdomadaires sont devenues payables comme étant une même période d'invalidité totale sauf si elles sont séparées d'au moins :

- 1) 30 jours consécutifs de travail à temps plein, si l'invalidité totale est due à la même cause ou à des causes connexes; ou
- 2) un jour de travail à temps plein, si l'invalidité totale est due à une cause complètement indépendante de la première.

Chaque fois que des périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme étant une même période d'invalidité totale, le délai de carence ne s'applique pas une deuxième fois et l'administrateur du régime verse le même montant que celui qui était applicable à la période d'invalidité totale initiale, moins tout paiement qui a déjà été effectué et sous réserve de la période maximale de versement des prestations indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

RÉDUCTION DES PRESTATIONS HEBDOMADAIRES, RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

- 1) Réduction des prestations hebdomadaires

Les prestations hebdomadaires payables en vertu de la présente garantie sont réduites :

- a) de toute somme que l'adhérent reçoit ou à laquelle il a droit en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable; et
- b) si la période maximale de versement des prestations indiquée au TABLEAU DES GARANTIES excède 17 semaines, de toute somme que l'adhérent reçoit ou à laquelle il a droit en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion :
 - i) des prestations pour les personnes à charge; et

- ii) de tout montant versé en sus de la prestation initiale à titre d'indexation sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;
- c) de toute indemnité de remplacement du revenu payable à l'adhérent en vertu :
 - i) de la Loi sur l'assurance automobile du Québec;
 - ii) du Régime de protection des automobilistes de l'Ontario; ou
 - iii) de tout autre régime public d'assurance automobile sans égard à la responsabilité;

à condition que ces régimes puissent être inclus à la présente garantie aux fins de la réduction des prestations et qu'ils permettent que la présente garantie soit enregistrée pour la réduction des cotisations conformément à la Loi sur l'assurance emploi, sous réserve de toute modification législative;

- d) de toute indemnité de remplacement de revenu touchée par l'adhérent en vertu de toute autre loi fédérale ou provinciale;
- e) de toute indemnité touchée par l'adhérent en vertu de tout revenu ou de tout régime d'avantages sociaux établi par le titulaire du régime,
- f) ainsi que de toute prime de séparation ou paiement pour congédiement injustifié.

L'administrateur du régime peut à son gré utiliser une estimation du montant accordé en vertu de tout régime public avant la réception de l'avis du montant réellement accordé.

L'administrateur du régime réduira aussi les prestations hebdomadaires même si l'adhérent, qui se doit de faire la demande nécessaire, néglige ou refuse de se prévaloir de ses droits en vertu des lois et régimes décrits ci-dessus.

Si l'adhérent touche un montant forfaitaire en vertu de tout régime ou de toute loi décrite ci-dessus, l'administrateur du régime réduit les prestations hebdomadaires de ce montant ramené sur une base hebdomadaire.

2) Restrictions

Aucune prestation hebdomadaire n'est payable au cours de l'une ou l'autre des périodes suivantes :

- a) La période au cours de laquelle l'adhérent prend la portion «congé volontaire» d'un congé de maternité, tel que décrit à la section DÉFINITIONS, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- b) la période au cours de laquelle l'adhérent prend un congé parental ou familial, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;

- c) pendant toute période d'arrêt de travail par suite d'une grève, d'un lock-out, d'une mise à pied ou d'un congé autorisé, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- d) durant l'emprisonnement de l'adhérent par suite d'une condamnation pour infraction;
- e) lorsque l'adhérent séjourne à l'extérieur du Canada pendant une période de plus de 3 mois pour quelque raison que ce soit, à moins que l'administrateur du régime ne convienne d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période.

3) Exclusions

Cette garantie ne s'applique pas pour toute invalidité totale qui résulte directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :

- a) des dommages corporels que l'adhérent s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- b) une blessure subie lors d'une guerre, déclarée ou non, le service actif de l'adhérent dans les forces armées d'un pays, sa participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
- c) une infraction ou tentative d'infraction au Code criminel;
- d) des soins médicaux ou chirurgicaux d'ordre esthétique, sauf si les soins esthétiques sont fournis par suite d'un accident survenu pendant que l'adhérent était couvert en vertu du contrat;
- e) l'abus d'alcool ou de stupéfiants, à moins que l'adhérent ne participe de façon active et continue à un programme mené sous surveillance médicale pour remédier à cet abus, qu'il reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation et qu'il séjourne dans un centre spécialisé reconnu;
- f) le fait pour l'adhérent d'avoir conduit un véhicule motorisé alors qu'il était sous l'influence de stupéfiants ou que la concentration d'alcool dans son sang excédait la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada.

CESSATION DES VERSEMENTS

Les versements en vertu de la présente garantie prennent fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
- 2) la date à laquelle l'adhérent s'adonne à une tâche rémunératrice autre qu'une activité de réadaptation rémunératrice approuvée par l'administrateur du régime;
- 3) la date fixée par l'administrateur du régime à laquelle l'adhérent est censé lui avoir fourni des preuves satisfaisantes de son invalidité totale, mais a négligé ou refusé de le faire;

- 4) la date à laquelle est écoulée la période maximale de versement des prestations indiquée au TABLEAU DES GARANTIES pour toute période d'invalidité totale;
- 5) la date à laquelle l'adhérent refuse de participer à un programme de gestion de l'invalidité ou de s'adonner à une activité de réadaptation que l'administrateur du régime juge appropriée;
- 6) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge limite applicable à la présente garantie, laquelle est indiquée au TABLEAU DES GARANTIES. Toutefois, si l'adhérent devient totalement invalide avant d'atteindre l'âge limite, qu'il l'est toujours lorsqu'il atteint cet âge et qu'il n'a pas encore reçu 15 semaines de prestations à l'égard de cette invalidité, la couverture sera prolongée, indépendamment de la limite d'âge pour cette garantie, jusqu'à la première des dates suivantes, soit :
 - a) la date à laquelle cet adhérent a reçu des prestations pendant 15 semaines;
 - b) la date à laquelle cet adhérent cesse d'être totalement invalide; ou
 - c) la date à laquelle cet adhérent prend sa retraite.

DROIT DE L'ADHÉRENT APRÈS LA CESSATION DE LA COUVERTURE

Si l'adhérent est totalement invalide à la date à laquelle sa couverture prend fin, l'administrateur du régime prolonge la garantie salaire de courte durée de l'adhérent, aussi longtemps que cette invalidité totale se poursuit sans interruption, sous réserve des autres dispositions du contrat.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

L'adhérent doit présenter une preuve écrite de sinistre à l'administrateur du régime dans les 60 jours suivant la date du début de l'invalidité totale.

Par la suite, l'adhérent doit présenter une preuve écrite de continuation de l'invalidité totale jugée satisfaisante par l'administrateur du régime chaque fois que ce dernier en fait la demande.

GARANTIE ACCIDENT-MALADIE

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

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

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

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

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

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

Hospitalisation désigne

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

Invalidité totale ou totalement invalide désigne un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident qui empêche complètement l'adhérent de se livrer à tout travail, pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation et de son expérience.

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

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

Médicament équivalent désigne un médicament, de marque ou générique, dit interchangeable en vertu de la loi provinciale applicable où le médicament est délivré.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OBJET DE LA GARANTIE

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

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

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

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

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

DÉBUT DE LA COUVERTURE DES PERSONNES À CHARGE

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

Cette disposition ne s'applique pas lorsque la personne couverte réside au Québec.

FRANCHISE

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

POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT

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

FRAIS ADMISSIBLES AU CANADA – ACCIDENT-MALADIE

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

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

FRAIS D'HOSPITALISATION

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

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

MÉDICAMENTS

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

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

troubles cardiaques;

troubles pulmonaires;

diabète;

arthrite;

maladie de Parkinson;

épilepsie;

fibrose kystique;

glaucome.

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

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

- 3) Tout médicament pouvant être injecté ou tout vaccin prescrit par un médecin dans le but de prévenir ou de traiter une maladie.
- 4) Les injections de substances sclérosantes pour le traitement des varices, à condition que ces traitements soient nécessaires à des fins médicales et non esthétiques, à raison d'un montant payable de 30 \$ par visite par personne couverte.
- 5) Les produits anesthésiants administrés lors d'une intervention qui n'a pas lieu dans un hôpital, jusqu'à concurrence d'un maximum payable de 40 \$ par intervention.
- 6) Les produits antitabac, jusqu'à concurrence du montant payable prévu par la loi.

MÉDICAMENTS EXIGEANT UNE AUTORISATION PRÉALABLE

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

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

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

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

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

AMBULANCE

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

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

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

AIDE À LA MOBILITÉ

Fauteuil roulant : achat ou location, à la discrétion de l'administrateur du régime.

Aides à la marche ou béquilles : achat ou location, à la discrétion de l'administrateur du régime.

FOURNITURES ORTHOPÉDIQUES

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

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

Lit d'hôpital : achat ou location, à la discrétion de l'administrateur du régime.

Chaussures orthopédiques, y compris les chaussures profondes et les chaussures de série : achat, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 500 \$ par année civile, par personne couverte. Pour être considérées comme orthopédiques, les chaussures doivent être conçues et fabriquées sur mesure pour une personne précise à partir d'un moulage dans le but de corriger un défaut du pied ou être des chaussures ouvertes, évasées ou droites, ou être nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne. Dans le cas d'une personne couverte qui réside au Québec, elles doivent être fabriquées et facturées par des laboratoires détenant un permis en vertu de la loi sur la protection de la santé publique. Le coût des additions ou modifications faites à des chaussures préfabriquées est également admissible.

ORTHÈSES ET PROTHÈSES

Dans le cas d'une personne couverte qui réside au Québec, les frais qui sont engagés pour des prothèses ou des orthèses ne sont admissibles que dans les cas où ces articles sont fabriqués et facturés par des laboratoires détenant un permis en vertu d'une loi sur la protection de la santé publique.

Orthèse podiatrique ou support plantaire : achat, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 350 \$ par année civile, par personne couverte.

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

Couvre-moignons : achat, jusqu'à concurrence de cinq paires par année civile, par personne couverte.

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

Prothèse mammaire externe : achat, lorsqu'elle est requise à la suite d'une mastectomie totale ou radicale réalisée pendant que la personne est couverte en vertu de la présente garantie ou d'une garantie comparable en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de la présente garantie, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 200 \$ par année civile par personne couverte.

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

Prothèse capillaire : achat, lorsqu'une telle prothèse est nécessaire à la suite d'un traitement de chimiothérapie, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 300 \$ par année civile par personne couverte.

ÉQUIPEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Glucomètre ou réflectomètre : achat ou location, sur recommandation médicale, jusqu'à concurrence d'un montant payable viager de 700 \$ par personne couverte.

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

Moniteur d'apnée : achat ou location, à la discrétion de l'administrateur du régime.

Pompe à drainage et accessoires de percussion thoracique : achat.

Autres équipements thérapeutiques : achat ou location, à la discrétion de l'administrateur du régime, qui sont médicalement nécessaires et destinés à guérir ou à traiter une affection. Cette catégorie d'appareils comprend par exemple les stimulateurs de consolidation de fracture, les pompes à insuline, les appareils d'aérosolthérapie et les respirateurs à pression positive intermittente.

FOURNITURES MÉDICALES

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

Bas de contention : achat, à condition qu'ils soient de compression moyenne ou forte (plus de 20mm/Hg) et fournis dans une pharmacie ou dans un établissement médical, jusqu'à concurrence de deux paires par année civile, par personne couverte.

Stérilet : achat.

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

Cathéter : achat.

Fournitures médicales servant au gavage : achat.

Fournitures médicales nécessaires suite à une trachéotomie : achat.

Vêtements compressifs pour brûlés : achat.

Tire-lait : achat ou location, sur recommandation médicale, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 300 \$ pour toute période de 60 mois consécutifs par personne couverte. La durée de frais de location se limite à 3 mois.

SERVICES DIAGNOSTIQUES

Techniques d'imagerie et analyse de laboratoire, à l'exclusion des services reçus à l'hôpital. Les frais pour une imagerie par résonance magnétique ou une tomodensitométrie se limitent à un montant payable global de 500 \$ par année civile par personne couverte.

SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT

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

SOINS DE LA VUE

Examen de la vue : y compris la vérification de la réfraction oculaire, étant entendu que ces services doivent être rendus par un ophtalmologiste autorisé ou un optométriste diplômé, jusqu'à concurrence du montant payable indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Cristallin artificiel : achat de cristallin implanté chirurgicalement en remplacement du cristallin naturel à la suite d'une cataracte, jusqu'à concurrence du montant payable indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

LUNETTES, LENTILLES ET CHIRURGIE

Lunettes et lentilles cornéennes y compris les frais de remplacement, à condition qu'ils soient prescrits par écrit par un ophtalmologiste autorisé ou un optométriste diplômé et fournis par un ophtalmologiste autorisé, un optométriste diplômé ou un opticien autorisé ou les frais relatifs à une chirurgie pour corriger la myopie, l'hypermétropie ou l'astigmatisme, jusqu'à concurrence du montant payable indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

LE SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ

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

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

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

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

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

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

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

FRAIS ADMISSIBLES - MALADE DIRIGÉ

Tous les frais admissibles énumérés à la partie ci-après intitulée « Assurance voyage », mais qui sont engagés hors de la province de résidence habituelle de la personne couverte parce qu'elle a été dirigée vers un autre médecin, sont considérés comme étant des frais admissibles, sous réserve de ce qui suit :

- 1) le service ou le traitement ne se donne pas au Canada ou dans la province de résidence habituelle de la personne couverte;
- 2) la personne couverte doit fournir à l'administrateur du régime une lettre écrite par un médecin de la province de résidence habituelle de la personne couverte et dans laquelle le médecin indique qu'il dirige le patient vers un autre médecin;
- 3) l'administrateur du régime doit donner son autorisation écrite au préalable;
- 4) le régime provincial d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie (ou les deux) doit participer au remboursement des frais admissibles.

Le montant maximum payable par l'administrateur du régime à l'égard des frais admissibles engagés hors de la province de résidence à la suite d'une orientation vers un autre médecin sera limité au pourcentage de remboursement indiqué au TABLEAU DES GARANTIES et aux maximums définis ci-après :

- 1) les frais engagés hors de la province de résidence, mais au Canada : aucun maximum;
- 2) les frais engagés hors du Canada : 50 000 \$ de frais admissibles par année civile, par personne couverte

FRAIS ADMISSIBLES - ASSURANCE VOYAGE

Lorsqu'une personne couverte doit engager des frais en raison d'une urgence médicale survenant au cours des 180 premiers jours d'un séjour à l'extérieur de sa province de résidence, l'administrateur du régime rembourse les frais admissibles conformément aux dispositions indiquées au TABLEAU DES GARANTIES et aux conditions suivantes :

- 1) la personne couverte doit être couverte en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;
- 2) les frais doivent être couverts en vertu de la garantie accident-maladie; et
- 3) les frais doivent être reliés à un état de santé stable avant la date de début du voyage.

L'adhérent doit communiquer avec l'administrateur du régime si la durée du séjour à l'extérieur de la province de résidence est ou pourrait être supérieure à 180 jours, sans quoi la personne couverte pourrait ne pas être couverte en vertu de l'assurance voyage.

- 1) Frais médicaux admissibles :
 - a) les frais engagés pour des services hospitaliers et ceux engagés pour un séjour dans une chambre à deux lits (semi-privée) dans un hôpital, jusqu'à ce que la personne couverte reçoive son congé de l'hôpital;
 - b) les honoraires d'un médecin, d'un chirurgien et d'un anesthésiste;
 - c) tous les autres frais admissibles qui sont couverts en vertu de la présente garantie dans la province de résidence habituelle de la personne couverte, sauf les frais admissibles pour les soins hospitaliers et pour les soins à domicile, s'il y a lieu.

- 2) Frais admissibles de transport :
 - a) les frais de rapatriement de la personne couverte à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé; le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance; de plus, la personne couverte cesse d'être couverte par la couverture si elle ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
 - b) les frais pour le rapatriement (simultané par rapport à celui du sous-paragraphe précédent) de tout membre de la famille immédiate qui est également couvert en vertu de la police, s'il ne peut revenir à son point de départ par le moyen de transport initialement prévu pour le retour; le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance;
 - c) le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié qui n'est ni un membre de la famille immédiate, ni un ami, ni un compagnon de voyage, à condition que la présence d'un tel accompagnateur soit prescrite par le médecin traitant et approuvée par Voyage Assistance;
 - d) le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne couverte qui demeure à l'hôpital pendant au moins sept jours (les frais ne seront remboursés que si la personne demeure à l'hôpital au moins sept jours); cette visite n'est cependant pas admissible au remboursement si la personne couverte était déjà accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus. Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont également couverts, jusqu'à concurrence de 500 \$. La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant et la visite doit préalablement être approuvée et planifiée par Voyage Assistance.

- e) les frais de retour du véhicule, si la personne couverte souffre d'une incapacité résultant d'une urgence médicale certifiée par un médecin et qu'elle ne soit pas en état, selon celui-ci, de ramener elle-même son véhicule ou celui qu'elle a loué et qu'aucun membre de la famille immédiate ou compagnon de voyage l'accompagnant ne soit en état de le faire; le retour peut être effectué par une agence commerciale, mais il doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance; le remboursement maximal est de 1 000 \$ par adhérent;
 - f) en cas de décès de la personne couverte, le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement (le voyage doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance); il faut cependant qu'aucun membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne couverte dans son voyage;
 - g) en cas de décès de la personne couverte, les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train), jusqu'à concurrence de 5 000 \$; le coût du cercueil n'est pas inclus dans la couverture; le retour doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance.
- 3) Frais admissibles de subsistance : le coût des repas et de l'hébergement de la personne couverte qui doit reporter son retour en raison d'une maladie ou d'une blessure corporelle qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, de même que les frais additionnels de garde des enfants qui ne l'accompagnent pas; ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour par adhérent, pendant un maximum de 10 jours; la maladie ou la blessure doit être constatée par un médecin.
- 4) Frais admissibles d'appels interurbains : les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la famille immédiate si la personne couverte est hospitalisée, pourvu qu'aucun frais de transport pour visiter la personne couverte, tel que prévu à la section d) ci-dessus ne soient remboursés et que cette dernière ne soit pas accompagnée par un membre de sa famille immédiate âgé de 18 ans ou plus, jusqu'à concurrence de 50 \$ par jour et d'un maximum global de 200 \$ par période d'hospitalisation.
- 5) Décisions médicales : lorsqu'un médecin ou un autre professionnel de la santé, à l'emploi de Voyage Assistance, lié par contrat à Voyage Assistance ou désigné par ce dernier prend des décisions quant à la nécessité de fournir les services couverts tels qu'ils sont décrits ci-dessus, il s'agit alors de décisions médicales fondées sur des facteurs médicaux qui sont décisives lorsqu'il s'agit de déterminer la nécessité d'offrir ces services.

6) Le service Voyage Assistance

Voyage Assistance prend les dispositions nécessaires pour fournir les services suivants à toute personne couverte qui en a besoin :

- a) assistance téléphonique sans frais, 24 heures sur 24;
- b) orientation vers des médecins ou des établissements de santé;
- c) aide pour l'admission à l'hôpital;
- d) avances de fonds à l'hôpital lorsqu'elles sont exigées par l'établissement concerné;
- e) rapatriement de la personne couverte dans sa ville de résidence, dès que son état de santé le permet;
- f) établissement et maintien des contacts avec l'administrateur du régime
- g) règlement des formalités en cas de décès;
- h) rapatriement des enfants de la personne couverte si elle est immobilisée;
- i) envoi d'aide médicale et de médicaments si une personne couverte se trouve trop loin des établissements de santé pour y être transportée;
- j) arrangements nécessaires pour faire venir un membre de la famille immédiate si la personne couverte doit séjourner à l'hôpital au moins sept jours et si le médecin prescrit une telle visite;
- k) en cas de perte ou de vol de papiers d'identité, aide pour se procurer des papiers temporaires afin de poursuivre le voyage;
- l) orientation vers des avocats si des problèmes juridiques surviennent;
- m) service d'interprète lors d'appels d'urgence;
- n) transmission de messages aux proches de la personne couverte en cas d'urgence;
- o) avant le départ, information sur les passeports, les visas et les vaccins requis dans le pays de destination.

En cas d'urgence médicale, la personne assurée peut communiquer immédiatement avec le service VOYAGE ASSISTANCE.

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

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

- 1) Les prestations sont limitées aux montants indiqués au TABLEAU DES GARANTIES ou dans la garantie.
- 2) Aucun remboursement n'est effectué en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :
 - a) les services ou les soins qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer en totalité ou en partie, sauf dans la mesure où il permet un remboursement excédentaire;
 - b) les services, les soins ou les produits que la personne reçoit gratuitement ou qui sont remboursables en vertu d'une loi provinciale ou fédérale, étant entendu que pour une personne qui n'est pas couverte par les lois en question, l'administrateur du régime ne rembourse pas les frais qui auraient normalement été couverts par les lois sur l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie de la province de résidence de la personne couverte;
 - c) les services, les soins ou les produits administrés à des fins expérimentales;
 - d) les frais engagés pour des prothèses implantées chirurgicalement, à l'exception des cristallins artificiels s'ils sont couverts par la police;
 - e) les services, les soins ou les produits fournis à l'adhérent par l'employeur;
 - f) les fauteuils roulants conçus ou adaptés pour permettre la participation à des activités sportives;
 - g) les lits électriques;
 - h) les appareils de contrôle tels les stéthoscopes, les sphygmomanomètres ou les autres appareils de même nature ainsi que les accessoires domestiques tels les purificateurs, les humidificateurs, les climatiseurs, les baignoires à remous ou autres appareils de même nature;

- i) les équipements de type «Obus Forme»;
- j) les cours, programmes d'exercices, programmes de conditionnement physique sur appareil ou au sol, bains flottants, bains de boue, bains thérapeutiques, exercices de relaxation, exercices en gymnase, séances d'étirement et renforcement, évaluations posturales et bougies auriculaires;
- k) les couches pour incontinence;
- l) les soins dentaires, sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;
- m) les actes dentaires et les fournitures ayant pour but la restauration de la bouche au complet ainsi que la correction de la dimension verticale ou de toute dysfonction temporo-mandibulaire;
- n) les voyages de santé ou les voyages effectués pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- o) les services, les soins ou les produits non inclus dans la liste des frais admissibles;
- p) les frais admissibles qui découlent directement ou indirectement :
 - i) de dommages corporels que la personne couverte s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
 - ii) de soins esthétiques;
 - iii) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel;
 - iv) d'une guerre, déclarée ou non, du service actif dans les forces armées d'un pays ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
 - v) du fait pour l'adhérent d'avoir conduit un véhicule motorisé alors qu'il était sous l'influence de stupéfiants ou que la concentration d'alcool dans son sang excédait la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada; les frais admissibles engagés pour une cure de désintoxication et pour les résidents du Québec les frais engagés pour l'achat de médicaments que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments couvrirait ne sont pas visés par la présente exclusion;
- q) les frais engagés pour une cure de désintoxication;
- r) les frais engagés pour le traitement de l'infertilité;
- s) les lunettes de soleil ou les lunettes protectrices.

3) Exclusions applicables aux médicaments

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

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

Pour les personnes couvertes qui résident au Québec, les exclusions de la présente garantie ne doivent en aucun cas rendre le régime moins généreux sur le plan des prestations que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments.

4) Exclusions applicables aux médicaments exigeant une autorisation préalable

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

5) Restrictions applicables aux médicaments

La quantité des médicaments ou produits achetés ne doit pas dépasser une provision de 34 jours (60 jours pour les personnes assurés qui résident au Québec); cette restriction est de 100 jours pour les médicaments d'entretien.

6) Exclusions et limitations applicables à l'assurance voyage

La personne couverte doit communiquer immédiatement avec Voyage Assistance lorsqu'elle doit avoir recours à des services médicaux d'urgence qui nécessitent une hospitalisation à l'étranger, sans quoi le remboursement d'une partie des frais engagés admissibles pourrait être réduit ou refusé par l'administrateur du régime. Il est aussi entendu que l'administrateur du régime n'est pas responsable de la disponibilité ou de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés.

Les exclusions s'appliquant à la garantie accident-maladie s'appliquent également à la partie assurance voyage de la présente garantie. De plus, l'administrateur du régime ne verse aucune des sommes prévues à la partie assurance voyage dans les cas suivants :

- a) si la personne couverte n'est pas couverte en vertu de régimes d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;
- b) si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir des traitements médicaux ou paramédicaux ou des services hospitaliers, sauf si la personne couverte a été dirigée vers un autre médecin, conformément aux dispositions prévues à la partie MALADE DIRIGÉ de la présente garantie;
- c) pour une chirurgie ou un traitement, lorsque ceux-ci sont facultatifs ou non urgents, c'est-à-dire qu'ils auraient pu être prodigués dans la province de résidence de la personne couverte sans danger pour sa vie ou sa santé, même si les soins sont prodigués à la suite d'une urgence médicale;
- d) si la personne couverte ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;

- e) pour les frais de soins de santé et les frais hospitaliers qui sont engagés pour une personne couverte qui ne peut être rapatriée dans sa province de résidence et qui refuse un traitement médical prescrit par le médecin et approuvé par le Service d'assistance voyage;
- f) pour toute urgence médicale survenue dans un pays ou une région pour lesquels le gouvernement du Canada a émis, avant la date de début du voyage, un des avertissements suivants :
 - i) éviter tout voyage non essentiel; ou
 - ii) éviter tout voyage.

La personne couverte qui se trouve dans le pays ou la région faisant l'objet d'un avertissement émis en cours de voyage n'est pas visée par la présente exclusion. Elle doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter ce pays ou cette région dans les meilleurs délais;

- g) si la personne couverte refuse de divulguer les renseignements nécessaires à l'administrateur du régime relativement aux autres régimes d'assurance en vertu desquels elle bénéficie également de garanties d'assurance voyage ou si elle refuse à l'administrateur du régime l'utilisation de tels renseignements;
- h) si les frais engagés sont reliés à un état de santé qui n'était pas stable avant la date de début du voyage.

Les prestations d'assurance voyage sont limitées au maximum indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

COORDINATION DES PRESTATIONS

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

FIN DE LA GARANTIE

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

PROLONGATION DE LA COUVERTURE DES PERSONNES À CHARGE AU DÉCÈS DE L'ADHÉRENT

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

- 1) la date à laquelle 24 mois se sont écoulés après la date du décès de l'adhérent;
- 2) la date à laquelle la personne à charge cesse d'être admissible pour une autre raison que le décès de l'adhérent;

- 3) la date à laquelle la couverture des personnes à charge aurait pris fin si l'adhérent n'était pas décédé;
- 4) la date de la fin de la garantie ou du contrat.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

Toute demande de prestations autre que pour des médicaments doit être accompagnée des pièces justificatives appropriées et être adressée à l'administrateur du régime à chaque période de 120 jours, dans la mesure où le montant de la demande le justifie et avant la fin d'une période de 18 mois consécutifs suivant la date où les frais ont été engagés. De plus, un avis écrit doit être transmis à l'administrateur du régime au cours des 30 jours qui suivent immédiatement la date de tout accident en raison duquel l'adhérent doit soumettre une demande de prestations.

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

REMBOURSEMENT DES FRAIS DE MÉDICAMENTS

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

GARANTIE FRAIS DENTAIRES

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

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

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

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

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

OBJET DE LA GARANTIE

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

Pour être admissibles, les soins doivent être :

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

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

DÉBUT DE LA COUVERTURE DES PERSONNES À CHARGE

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

FRANCHISE

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

POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT

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

FRAIS ADMISSIBLES AU CANADA

SOINS DE PRÉVENTION

EXAMENS

- Examen buccal complet, une fois tous les 24 mois
- Examen buccal sommaire, une fois tous les 24 mois.
- Examen buccal de rappel, selon la fréquence indiquée au TABLEAU DES GARANTIES
- Examen buccal d'aspect particulier, une fois tous les 12 mois
- Examen buccal de parodontie, une fois tous les 24 mois
- Examen buccal d'urgence, une fois tous les 12 mois

RADIOGRAPHIES

- Série complète de radiographies, limitée à une série tous les 24 mois
- Série complète de radiographies panoramiques, limitée à une série tous les 24 mois
- Radiographies intra-orales et radiographies servant à diagnostiquer un symptôme ou à examiner les progrès dans une série de traitements particuliers :
 - radiographies périapicales;
 - radiographies interproximales, une fois tous les 5 mois

- radiographies extraorales et occlusales
- Radiographie de l'articulation temporo-mandibulaire

TESTS ET EXAMENS DE LABORATOIRE

- Biopsies
- Test de vitalité

SERVICES DE PRÉVENTION

- Polissage, selon la fréquence indiquée au TABLEAU DES GARANTIES
- Application topique de fluorure : selon la fréquence indiquée au TABLEAU DES GARANTIES
- Finition des obturations
- Scellants de puits et fissures
- Instruction d'hygiène buccale, limité à une fois tous les 2 ans
- Meulage interproximal, pour les enfants de moins de 19 ans.
- Modification de la morphologie de dents pour raison fonctionnelle
- Injections de médicaments
- Appareils de maintien d'espace
- Odontotomie prophylactique/améloplastie

ENDODONTIE ET PARODONTIE

ENDODONTIE

- Urgence endodontique et traitement de la chambre pulpaire
- Thérapie endodontique
- Traitements périapicaux
- Actes endodontiques divers autres que le blanchiment

PARODONTIE

Traitements de tissus mous (gencives) et de l'os sur lesquels sont implantées les dents. Toutefois les frais admissibles suivants sont limités :

- a) détartrage léger et à des fins thérapeutiques et aplanissement de racine, limités à 16 unités de temps par année
- b) ajustement et équilibrage de l'occlusion, jusqu'à concurrence de 4 unités de temps tous les 12 mois

SOINS DE BASE

RESTAURATION

- Amalgame (argent)
- Restaurations en composite
- Tenons de rétention pour restauration en amalgame ou en composite
- Couronnes préfabriquées en acier inoxydable et en polycarbonate
- Carie / trauma / contrôle de la douleur, acte distinct d'une restauration

PARODONTIE

Traitements de tissus mous (gencives) et de l'os sur lesquels sont implantées les dents. Toutefois les frais admissibles suivants sont limités :

- a) visites post-opératoires
- b) hémisection
- c) appareil parodontal pour contrôler uniquement le bruxisme, une fois tous les 12 mois
- d) ajustement pour appareil parodontal pour contrôler uniquement le bruxisme, limité à un ajustement tous les 6 mois

ENTRETIEN DE PROTHÈSES AMOVIBLES

- Réparation
- Rebasage et regarnissage, une fois tous les 12 mois
- Garnissage temporaire thérapeutique

CHIRURGIE BUCCALE

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

- Réparation d'une lacération de tissu mou et de part en part
- Réimplantation et repositionnement d'une dent
- Dislocation, rééducation fermée
- Actes chirurgicaux divers

SERVICES ADDITIONNELS

- Anesthésie générale
- Sédation consciente
- Sédation profonde

FRAIS ADMISSIBLES HORS DU CANADA

L'administrateur du régime ne rembourse les frais engagés pour des soins dentaires reçus lors d'un voyage à l'extérieur du Canada que dans la mesure où ce remboursement aurait été effectué en vertu de la présente garantie si ces soins avaient été administrés dans la province de résidence habituelle de la personne couverte et à condition qu'il s'agisse de soins d'urgence.

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

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

Le remboursement des frais de laboratoire est limité aux frais de laboratoire raisonnables et habituels de la localité où les services sont rendus. Toutefois, le remboursement total des frais de laboratoire ne doit en aucun cas dépasser 67 % des frais suggérés dans le guide des tarifs approprié ainsi qu'il est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES pour le traitement dentaire précis nécessitant des services de laboratoire.

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

- 1) les soins dentaires reçus à des fins esthétiques lorsque la forme et la fonction des dents sont satisfaisantes et qu'aucun état pathologique n'existe;
- 2) les frais engagés relativement à l'analyse de la diète et aux recommandations et au programme de contrôle de la plaque dentaire;
- 3) les frais engagés pour des soins, des fournitures dentaires, y compris les radiographies, visant la reconstruction de la bouche entière, la correction de l'espace vertical ou pour un jumelage permanent des dents;

- 4) les frais engagés pour des soins, des fournitures dentaires visant la correction du dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire;
- 5) les frais imposés par un dentiste pour les rendez-vous auxquels la personne couverte néglige de se présenter et les frais engagés pour faire remplir des demandes de remboursement ou pour les consultations par téléphone;
- 6) les frais engagés pour des cultures/frottis bactériologiques suivis d'un traitement par Chlorzoïn;
- 7) les frais engagés pour des implants;
- 8) les frais engagés pour des duplicatas de modèles de diagnostic (non montés);
- 9) les frais engagés pour des anesthésies par acupuncture;
- 10) les soins dentaires qui ne sont pas encore approuvés par l'Association dentaire canadienne ou qui sont dispensés à des fins expérimentales seulement;
- 11) les services, soins ou produits dentaires que la personne a reçus gratuitement ou qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer;
- 12) les services, les soins ou les produits fournis à l'adhérent par l'employeur;
- 13) tout traitement reçu en dehors du Canada, sauf les soins d'urgence prévus dans la disposition relative aux FRAIS ADMISSIBLES HORS DU CANADA;
- 14) les services et fournitures dentaires non inclus dans la liste des frais admissibles;
- 15) les frais admissibles qui découlent directement ou indirectement :
 - a) des dommages corporels que la personne couverte s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
 - b) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel;
 - c) d'une guerre, déclarée ou non, du service actif dans les forces armées d'un pays, ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire.

EXCLUSIONS AFFÉRENTES AUX APPAREILS DE MAINTIEN D'ESPACE

Aucun remboursement n'est effectué pour les frais relatifs au remplacement d'appareils de maintien d'espace perdus, égarés ou volés.

COORDINATION DES PRESTATIONS

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

ÉVALUATION PRÉALABLE DES PRESTATIONS

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

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

FIN DE LA GARANTIE

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

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

PROLONGATION DE LA COUVERTURE DES PERSONNES À CHARGE AU DÉCÈS DE L'ADHÉRENT

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

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

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

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

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

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces justificatives et être adressées à l'administrateur du régime à chaque période de 120 jours, dans la mesure où le montant de la demande le justifie et avant la fin d'une période de 18 mois consécutifs suivant la date où les frais ont été engagés.

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

Notre engagement envers nos adhérents

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

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

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

desjardinsassurancevie.com



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

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

This document was printed on Cascades Rolland Enviro100 paper.

