

CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE

Numéro 96590

En considération de la demande d'assurance collective faite par

SÉPAQ

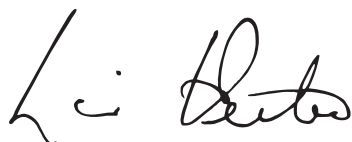
ci-après appelé « preneur », et moyennant le paiement par le preneur des primes exigées, **l'Association d'hospitalisation Canassurance (Croix Bleue du Québec), Medavie inc. et La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada**, ci-après appelées « assureur », conviennent de fournir les prestations décrites dans les présentes aux employés admissibles du preneur, ainsi qu'à leurs personnes à charge, conformément aux conditions de ce contrat. Les obligations de l'assureur en vertu du contrat peuvent être remplies par l'un ou l'autre des assureurs mentionnés ci-dessus.

Date d'entrée en vigueur : l'assureur convient de fournir la protection à compter de minuit une minute, heure locale à l'adresse du preneur, le 1^{er} septembre 2013.

Date du premier renouvellement : le 1^{er} mai 2014.

Les conditions stipulées dans les pages subséquentes contenues dans les présentes font partie intégrante du contrat.

Signé à Montréal, pour l'assureur, à la date d'émission suivante : le 26 août 2013.



Laurier Fecteau
Vice-président principal, Secteur privé



John Diamond
Vice-président, Finances et trésorier

Vérfié par :

Table des matières

Section A - Stipulations générales	1
Article I - Définitions.....	1
Article II - Monnaie légale.....	4
Article III - Prestations	4
Article IV - Renouvellement et participation	4
Article V - Admissibilité à l'assurance.....	4
Article VI - Prise d'effet de l'assurance.....	5
Article VII - Prise d'effet spécifique de l'Assurance médicaments.....	6
Article VIII - Protection par défaut.....	6
Article IX – Changement de module durant la période d'adhésion.....	6
Article X – Changement de module en dehors de la période d'adhésion.....	6
Article XII - Résiliation du contrat.....	8
Article XIII - Fin de l'assurance d'un assuré.....	8
Article XIV - Fin spécifique de l'Assurance médicaments	8
Article XV - Droits de l'adhérent à la fin du contrat ou d'une garantie.....	9
Article XVI - Modification au contrat.....	9
Article XVII - Modification du montant de la garantie	9
Article XVIII - Bénéficiaire.....	10
Article XIX - Exclusions applicables à toutes les garanties	10
Article XX - Coordination des prestations, basée sur les directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP)	10
Article XXI - Fraude ou tentative de fraude	11
Article XXII - Incontestabilité	11
Article XXIII - Exonération des primes.....	12
Article XXIV - Stipulations générales.....	13
Article XXV – Conformité avec les lois existantes	13
Section B - Droits et obligations du preneur.....	14
Article I - Administration.....	14
Article II - Échéance	14
Article III - Délai de grâce	14
Article IV - Information aux adhérents	14
Article V - Contrôle.....	15
Section C - Droits et obligations de l'assureur	16
Article I - Primes	16
Article II - Demande de règlement	17
Article III - Preuves d'assurabilité.....	18
Article IV - Certificat d'assurance.....	18
Article V - Cession ou gage.....	19
Article VI - Renonciation.....	19
Article VII - Subrogation	19
Article VIII - Recouvrement	19
Article IX – Délai pour contester une décision de l'assureur	19

Section D - Garantie d'assurance vie de base de l'adhérent..... 20

Article I - Objet de la garantie.....	20
Article II A) - Droit de transformation (applicable aux adhérents qui résident au Québec)	20
Article II B) - Droit de transformation (applicable aux adhérents qui résident hors du Québec).....	21
Article III – Prestation pour maladie en phase terminale	22
Article IV - Récidive d'invalidité.....	22
Article V - Réduction de la garantie	23
Article VI - Fin de la garantie.....	23

Section E - Garantie d'assurance vie de base des personnes à charge..... 24

Article I - Objet de la garantie.....	24
Article II A) - Droit de transformation (applicable aux adhérents qui résident au Québec)	24
Article II B) - Droit de transformation (applicable aux adhérents qui résident hors Québec)	24
Article III - Fin de la garantie	24

Section F - Garantie d'assurance vie facultative de l'adhérent 25

Article I - Objet de la garantie.....	25
Article II - Preuve d'assurabilité.....	25
Article III - Exclusion	25
Article IV - Droit de transformation.....	25
Article V - Fin de la garantie	25

Section G - Garantie d'assurance vie facultative des personnes à charge..... 26

Article I - Objet de la garantie.....	26
Article II - Preuve d'assurabilité.....	26
Article III - Exclusion	26
Article IV - Droit de transformation.....	26
Article V - Fin de la garantie	26

Section H - Garantie d'assurance décès ou mutilation par accident de l'adhérent 27

Article I - Objet de la garantie.....	27
Article II - Définitions complémentaires	27
Article III - Tableau des prestations	28
Article IV – Indemnités additionnelles.....	29
Article V - Paiement de la somme assurée	31
Article VI - Exclusions et réductions de la garantie	31
Article VII - Examen et autopsie.....	31
Article VIII – Réduction de la garantie	32
Article IX – Fin de la garantie	32
Article X - Droit de transformation.....	32

Section I – Garantie d'assurance maladies graves	33
Article I – Objet de la garantie.....	33
Article II – Définitions complémentaires	33
Article III – Maladies graves admissibles.....	34
Article IV - Exclusions et réductions de la garantie	36
Article V – Exonération des primes.....	37
Article VI - Fin de la garantie.....	37
Section J - Garantie d'assurance salaire de courte durée	38
Article I - Objet de la garantie.....	38
Article II - Définitions complémentaires	38
Article III - Récidive d'invalidité (après le délai de carence)	39
Article IV - Exclusions et réductions	39
Article V - Programme de réadaptation	40
Article VI - Perte du droit aux prestations	41
Article VII - Primes exigées au cours de l'invalidité.....	41
Article VIII - Fin de la garantie.....	41
Section K - Garantie d'assurance salaire de longue durée	42
Article I - Objet de la garantie.....	42
Article II - Définitions complémentaires	42
Article III - Récidive d'invalidité après le délai de carence.....	43
Article IV - Exclusions et réductions de la garantie	43
Article V - Cessation des prestations.....	46
Article VI – Indexation au coût de la vie	46
Article VII - Fin de la garantie.....	47
Section L - Garantie d'assurance santé - Assurance médicaments	48
Article I - Objet de l'Assurance médicaments	48
Article II - Modalités de règlement	48
Article III - Frais admissibles	49
Article IV - Exclusions et réductions de la garantie	50
Article V - Généralités.....	51
Section M - Garantie d'assurance santé - Assurance accident/maladie	53
Article I - Objet de l'Assurance accident/maladie.....	53
Article II - Conditions préalables au versement des prestations	53
Article III - Définitions complémentaires	53
Article IV - Modalités de règlement.....	54
Article V - Frais admissibles	54
Article VI - Exclusions et réductions de la garantie	59
Article VII - Prestations aux survivants	61
Article VIII - Droit de transformation.....	61

Section N - Garantie d'assurance santé - Assurance voyage..... 62

Article I - Définitions complémentaires	62
Article II - Conditions générales	63
Article III - Objet de l'Assurance médico-hospitalière	65
Article IV - Description des frais et services couverts - Assurance médico-hospitalière.....	65
Article V - Objet de l'Assurance annulation et interruption de voyage	68
Article VI - Description des frais couverts - Assurance annulation et interruption de voyage.....	69
Article VII - Objet de l'Assurance bagages	70
Article VIII - Conditions particulières à l'Assurance bagages	71
Article IX - Exclusions et réductions	71
Article X - Fin de l'Assurance voyage	74
Article XI - Prestations aux survivants	74

Section O - Garantie d'assurance soins dentaires..... 75

Article I - Objet de la garantie.....	75
Article II - Modalités de règlement	75
Article III - Description des services admissibles	76
Article IV - Modalités de remboursement des frais afférents aux soins orthodontiques (si inclus dans la garantie, selon chacun des modules du Sommaire des garanties)	79
Article V - Exclusions et réductions de la garantie	80
Article VI - Évaluation préalable des prestations.....	81
Article VII - Couverture après la cessation	81
Article VIII – Prestations aux survivants	81

Sommaire des garanties

Tableau des primes d'assurance vie facultative

Annexe I : rattachée à la Garantie d'assurance salaire de longue durée : Programme de gestion de l'invalidité

Annexe II : Service *Deuxième opinion*^{MC}

Section A - Stipulations générales

Lorsque le contexte le veut ainsi, le masculin implique le féminin et le singulier implique le pluriel.

Article I - Définitions

Accident désigne un événement soudain, fortuit et imprévisible causant, directement et indépendamment de toute autre cause, des blessures corporelles constatées par un médecin et dues exclusivement à une cause externe de nature violente et non intentionnelle de la part de l'assuré.

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

Âge désigne l'âge de l'adhérent établi selon la date de naissance déclarée, sur laquelle repose la base de calcul de la prime.

Les garanties, les primes et les prestations sont déterminées selon l'âge réel de l'assuré au moment de l'événement. Si l'assureur découvre que l'âge déclaré ou utilisé est inexact, la date réelle de la naissance, établie à la satisfaction de l'assureur, sert de base au calcul de la prime et au rajustement équitable des primes ou des prestations prévues au contrat.

Assuré désigne l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge assurées en vertu du présent contrat.

Assureur désigne l'**Association d'hospitalisation Canassurance (Croix Bleue du Québec)** et **Medavie inc.** pour les garanties d'assurance santé et d'assurance soins dentaires (si ces garanties font partie du contrat), et **La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada** pour les garanties d'assurance vie, d'assurance décès ou mutilation par accident, d'assurance salaire ainsi que d'assurance maladies graves (si ces garanties font partie de l'un des modules du contrat).

Canassistance inc. désigne la compagnie d'assistance mandatée par l'assureur.

Délai d'admission désigne la période continue pendant laquelle l'employé doit être effectivement au travail avant d'être admissible à l'assurance. Ce délai est indiqué dans le Sommaire des garanties du contrat.

Effectivement au travail désigne le fait pour un employé de se présenter à son lieu habituel de travail pour une journée donnée et d'être capable d'exercer toutes les tâches habituelles reliées au travail qu'il effectue auprès de l'employeur sur une base permanente.

Si l'employé n'a pas à se rendre au travail au cours d'une journée donnée en raison d'un jour férié ou d'une variation d'horaire, d'une journée de vacances ou d'un jour de fin de semaine, il est considéré comme étant effectivement au travail s'il n'est pas invalide au point d'être incapable de se présenter à son lieu habituel de travail et d'accomplir les tâches habituelles du travail qu'il effectue auprès de l'employeur.

Employé désigne la personne qui est domiciliée au Canada, qui est au service de l'employeur à titre d'employé permanent à raison du minimum d'heures de travail par semaine mentionné au Sommaire des garanties.

L'employé doit faire partie d'une catégorie d'adhérents mentionnée au Sommaire des garanties. À moins d'indication contraire au Sommaire des garanties, les employés embauchés sur une base temporaire, contractuelle ou saisonnière, de même que les employés qui travaillent hors Canada sur une base régulière, ne sont pas admissibles.

Employeur désigne, si différent du preneur, celui mentionné dans la demande d'assurance.

Section A - Stipulations générales (suite)

Fumeur désigne toute personne qui fait usage de tabac ou qui a fait usage de tabac sous toutes ses formes dans les douze (12) mois précédant la date d'adhésion, quelle que soit la fréquence de cet usage.

Non-fumeur désigne toute personne qui n'a fait aucun usage de tabac sous toutes ses formes au cours des douze (12) mois précédant sa demande d'adhésion ou de révision de statut, lequel peut être modifié si aucun autre changement n'est intervenu dans l'assurabilité de l'assuré. L'assureur se réserve le droit de demander des preuves d'assurabilité supplémentaires.

Maladie désigne une détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constatés par un médecin et qui nécessitent des soins médicaux réguliers, continus et curatifs. Ces soins médicaux doivent être considérés satisfaisants par l'assureur.

Médecin désigne une personne légalement licenciée et autorisée à pratiquer la médecine à l'endroit où elle fournit les services médicaux. Cette personne ne doit avoir aucun lien de parenté avec l'assuré, ni résider avec ce dernier.

Médecin spécialiste désigne un médecin dûment qualifié au Canada qui détient le titre de FRCPC ou FRCSC (Associé du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada). Cette personne ne doit avoir aucun lien de parenté avec l'assuré, ni résider avec ce dernier.

Minimum d'heures requis désigne le nombre minimum d'heures de travail par semaine, tel que mentionné au Sommaire des garanties, que l'employé doit faire pour maintenir son admissibilité à l'assurance.

Personne à charge désigne le conjoint ou un enfant à charge qui est domicilié au Canada et qui correspond à la définition ci-dessous. Toutefois, si une personne à charge est temporairement domiciliée en dehors du Canada, celle-ci peut être considérée comme étant admissible au régime, à la condition qu'elle soit couverte par un régime provincial de soins médicaux du Canada, qu'elle le demeure pendant la période complète de couverture en vertu du présent contrat et que l'assureur ait donné son autorisation écrite au préalable.

a) **conjoint**

personne légalement mariée à un adhérent ou la personne désignée par l'adhérent comme son conjoint et avec qui il cohabite en permanence depuis au moins un (1) an, la période précitée n'étant pas applicable si un enfant est issu de l'union. Le conjoint est celui désigné sur la demande d'adhésion et il demeure couvert par la suite, sauf s'il y a dissolution du mariage par divorce ou annulation ou si, en raison de l'échec de leur union, l'adhérent et le conjoint de fait vivent séparément durant une période d'au moins quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs.

En tout temps, une seule personne peut être assurée en tant que conjoint de l'adhérent.

b) **enfant à charge**

tout enfant de l'adhérent ou du conjoint de l'adhérent, qui n'a pas de conjoint, qui dépend pour son soutien financier de l'adhérent ou de son conjoint, et qui remplit au moins une des conditions suivantes :

- est âgé de moins de vingt et un (21) ans;
- est âgé de moins de vingt-six (26) ans et fréquente à plein temps, à titre d'étudiant dûment inscrit, une école secondaire, un collège ou une université;

Section A - Stipulations générales (suite)

- est domicilié chez l'adhérent, dépend de ce dernier ou de son conjoint en raison d'une déficience physique ou mentale survenue avant son dix-huitième (18^e) anniversaire, ou avant son vingt-sixième (26^e) anniversaire dans le cas d'un étudiant, et ne reçoit aucune prestation en vertu d'un programme d'aide de dernier recours prévu à la Loi sur la sécurité du revenu.

En ce qui concerne la GARANTIE D'ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE (si cette garantie fait partie de l'un des modules du contrat), l'enfant est couvert dès sa naissance ou à compter de vingt-huit (28) semaines de gestation dans le cas d'un enfant mort-né.

Preneur désigne la société ou groupe inscrit sur la demande d'assurance et qui figure sur la page frontispice du présent contrat.

Preuve d'assurabilité désigne toute déclaration ou tout document médical sur la santé d'une personne, ainsi que toute autre information permettant à l'assureur d'évaluer l'assurabilité de cette personne. Toute preuve d'assurabilité doit être soumise sur le formulaire approuvé par l'assureur à cet effet.

Professionnel désigne tout professionnel mentionné dans le contrat, lequel doit être membre en règle de sa corporation professionnelle et exercer dans les limites de sa compétence au sens de la loi. Si, pour un professionnel donné, il n'existe aucune corporation professionnelle, il doit alors être membre en règle d'un regroupement reconnu et accepté par l'assureur et prodiguer des soins et traitements dans les limites de sa compétence.

Programme de réadaptation désigne, pour les fins de l'assurance salaire, un programme de réadaptation médicale, professionnelle ou visant une nouvelle formation, qui a été approuvé par l'assureur et qui a pour but d'aider l'adhérent à réintégrer le milieu du travail selon ses capacités. Le programme consiste en les éléments suivants :

- un traitement médical, un procédé diagnostique ou une prescription de médicaments, ou
- un travail occupé par l'adhérent, à temps plein ou à temps partiel, qu'il soit ou non rémunéré, ou
- une formation professionnelle, un programme de recyclage ou une période de travail visant spécifiquement la réadaptation de l'adhérent.

Retraité désigne un adhérent qui, pour motif de retraite, cesse de travailler pour l'employeur, que ce soit avant ou après l'âge de soixante-cinq (65) ans.

Revenu ou **Salaire** désigne le taux de rémunération habituel de l'employé versé par l'employeur, incluant, le cas échéant, les primes, les heures supplémentaires ou toute rémunération supplémentaire reçues sur une base régulière et déclarées à l'assureur. Sont exclus les dividendes, bonis, primes, gratifications, et toute autre forme de rémunération non régulière.

Pour les adhérents dont le salaire provient en totalité ou en partie de commissions ou de bonis de production, revenu désigne le taux de rémunération habituel moyen de l'employé versé par l'employeur, comprenant les commissions et les bonis de production apparaissant sur les feuillets d'impôt applicables de l'employé au cours des deux (2) années civiles précédentes. Dans l'éventualité où l'adhérent n'a pas complété deux (2) années de service continu auprès du même employeur, mais au moins une année et plus, une moyenne des revenus sera établie selon la durée de service. Si toutefois l'employé compte moins d'une année de service, le revenu désigne le taux de rémunération habituel de l'employé, déclaré par l'employeur.

Section A - Stipulations générales (suite)

Aux fins des prestations, le revenu correspond au moindre du :

- a) montant correspondant au revenu, tel que défini ci-dessus, ou
- b) le dernier revenu déclaré à l'assureur et utilisé dans le calcul des primes payables.

Revenu net désigne le revenu de l'adhérent moins tous les impôts sur le revenu et les cotisations prélevées sur le salaire au Régime de pensions du Canada ou au Régime de rentes du Québec, à l'assurance-emploi et au Régime québécois d'assurance parentale, s'il y a lieu.

Revenu avant le début de l'invalidité désigne, dans le cas d'un régime d'assurance salaire imposable, le revenu brut de base que recevait l'adhérent immédiatement avant la date de début de son invalidité. Dans le cas d'un régime d'assurance salaire non imposable, l'expression signifie le revenu net que recevait l'adhérent immédiatement avant la date de début de son invalidité.

Soins actifs désigne les soins de prévention, de diagnostic médical et de traitement médical (incluant la chirurgie) pour maladie aiguë et ne comprend pas les soins de convalescence et de réadaptation physique ou intellectuelle.

Article II - Monnaie légale

Toutes les sommes payables en vertu du présent contrat soit par l'assureur, soit à l'assureur, sont payables en monnaie légale du Canada.

Article III - Prestations

L'assurance d'un adhérent et de ses personnes à charge, le cas échéant, doit être en vigueur au moment de tout événement pouvant faire l'objet d'une demande de prestations.

Article IV - Renouvellement et participation

Le contrat peut être renouvelé pour une année à l'expiration de la première période de garantie des taux et annuellement par la suite, sous réserve du paiement des primes requises avant la fin du délai de grâce. Il est entendu toutefois que l'assureur se réserve le droit de résilier le contrat en tout temps, sous réserve d'un préavis écrit de trente (30) jours, si la participation des employés admissibles n'atteint pas le pourcentage mentionné ci-dessous, sous réserve du droit d'exemption qui peut être accordé pour la Garantie d'assurance santé et la Garantie d'assurance soins dentaires (si ces dernières garanties font partie de l'un des modules du contrat).

Groupes de 5 à 9 employés - 100 % de participation

Groupes de 10 employés et plus - 90 % de participation
(Pour les assurés du Québec : 100 % pour la GARANTIE D'ASSURANCE SANTÉ)

Article V - Admissibilité à l'assurance

Employé

Sous réserve de toutes les dispositions du présent contrat, tout employé est admissible à l'assurance prévue par le contrat dès sa date de prise d'effet si l'employé répond alors à la définition d'employé prévue dans la présente section du contrat et qu'il a alors complété le délai d'admission mentionné au Sommaire des garanties. Tout employé embauché après la date de prise d'effet devient admissible après avoir complété le délai d'admission spécifié au Sommaire des garanties. Cependant, un employé qui n'est pas au travail selon le minimum d'heures requis le jour où il deviendrait autrement admissible à l'assurance, le devient à la date de son retour au travail à raison du minimum d'heures requis, sauf si autrement exigé par la loi ou ses règlements.

Section A - Stipulations générales (suite)

Un employé dont l'assurance a pris fin en raison de la fin de son emploi (et non pas une mise à pied temporaire telle que définie dans les Normes du travail) devient à nouveau admissible aux garanties qui étaient en vigueur à son égard et ce, dès la date à laquelle il reprend son emploi, s'il est réembauché dans les six (6) mois qui suivent la date de la fin de son emploi. Autrement, il devient à nouveau admissible à ces mêmes garanties après avoir complété le délai d'admission spécifié au Sommaire des garanties.

L'employé qui s'est prévalu de son droit d'exemption en vertu de la GARANTIE D'ASSURANCE SANTÉ ou de la GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIRE (si cette dernière garantie fait partie de l'un des modules du contrat) redevient admissible en vertu du présent contrat à la date à laquelle prend fin, de façon involontaire de la part de l'adhérent et de son conjoint, la garantie comparable ayant donné droit à l'exemption.

Personnes à charge

Les personnes à charge d'un employé deviennent admissibles à l'assurance à la date qui survient la dernière parmi les suivantes :

- la date à laquelle l'employé devient admissible;
- la date à laquelle elles répondent à la définition de personne à charge en vertu du présent contrat;
- le jour suivant sa sortie de l'hôpital si la personne à charge est hospitalisée à la date à laquelle elle serait normalement admissible, sauf si autrement exigé par la Loi sur les assurances et ses règlements.

Article VI - Prise d'effet de l'assurance

L'assurance d'un employé et de toute personne à charge admissible prend effet à la dernière des dates suivantes :

- la date de prise d'effet du présent contrat,
- la date de son admissibilité, si sa demande d'assurance est reçue par l'assureur à cette date ou dans les trente et un (31) jours de cette date d'admissibilité, pourvu que l'employé soit effectivement au travail le jour de réception de la demande d'adhésion par l'assureur et qu'il l'ait été entre sa date d'admissibilité et la date où il a rempli sa demande d'adhésion, sinon à la date de son retour au travail à raison du minimum d'heures requis,
- la date d'acceptation par l'assureur de la preuve d'assurabilité, si la demande d'assurance de l'employé ou de ses personnes à charge est reçue par l'assureur plus de trente et un (31) jours après leur date d'admissibilité ou plus de trente et un (31) jours après la date à laquelle a pris fin la couverture ayant donné droit à une exemption,
- la date d'acceptation par l'assureur de la preuve d'assurabilité pour tout montant excédant le maximum sans preuve indiqué au Sommaire des garanties, ainsi que pour tout montant d'assurance vie facultative,
- la date d'acceptation par l'assureur de la preuve d'assurabilité devant alors être soumise à l'égard de l'adhérent et de ses personnes à charge, si, à toute date de renouvellement, il y a moins de cinq (5) adhérents admissibles dans le groupe ou dans une catégorie d'adhérents.

Section A - Stipulations générales (suite)

Article VII - Prise d'effet spécifique de l'Assurance médicaments

(Le présent article ne s'applique qu'aux résidents du Québec)

L'assurance d'un employé et de toute personne à charge admissible prend effet à la dernière des dates suivantes :

- la date de prise d'effet du présent contrat, ou
- la date de son admissibilité, si sa demande d'adhésion est reçue par l'assureur à cette date ou dans les trente et un (31) jours qui suivent cette date, ou
- la date de réception, chez l'assureur, de sa demande d'adhésion.

Article VIII - Protection par défaut

Si aucun choix de module n'est effectué dans les trente et un (31) jours qui précèdent la date à laquelle l'adhérent devient admissible, la protection par défaut sera le module B et il devra le conserver jusqu'à la prochaine période d'adhésion.

Article IX – Changement de module durant la période d'adhésion

L'adhérent peut modifier son choix de module le 1^{er} mai à tous les trois (3) ans, et ce, à partir du 1^{er} mai 2017, s'il n'est pas totalement invalide et qu'il ne bénéficie pas de prestations d'assurance salaire du preneur. La demande doit être présentée dans les trente et un (31) jours qui précèdent le 1^{er} mai. L'adhérent doit conserver le module choisi pendant au moins trois (3) ans avant de pouvoir le modifier. Il est donc autorisé à modifier son choix :

- a) à n'importe quel module offrant une protection inférieure à ce qu'il détient au moment de la demande de changement; et
- b) à un module offrant une protection immédiatement supérieur à ce qu'il détient au moment de la demande de changement.

Les modules peuvent donc être modifiés comme suit :

Protection en vigueur	Protection demandée
Module A	Module B ou C
Module B	Module A ou C
Module C	Module B

Article X – Changement de module en dehors de la période d'adhésion

L'adhérent peut effectuer un changement de module, tel que décrit à l'Article précédent - Article IX, dans les trente et un (31) jours qui suivent l'un des événements suivants :

- mariage ou admissibilité de son conjoint de fait,
- séparation ou divorce,
- naissance ou adoption du premier enfant,
- décès du conjoint ou du dernier enfant à charge,
- le dernier enfant à charge cesse d'être admissible ou un des enfants de plus de vingt-et-un (21) ans (mais de moins de vingt-six (26) ans) retourne aux études à temps plein alors qu'il n'y avait plus d'enfants admissibles,
- le conjoint acquiert ou perd le droit d'adhérer au régime collectif de son employeur.

Section A - Stipulations générales (suite)

Une fois les trente et un (31) jours écoulés, l'adhérent doit attendre la prochaine période d'adhésion pour modifier son choix de module et pour que toute personne nouvellement à sa charge soit couverte.

Si l'adhérent est inapte au travail lorsque la modification doit entrer en vigueur, cette modification prendra effet à la date à laquelle il est apte à travailler.

Retour à la participation à la fin d'une exemption (garantie d'assurance santé et garantie d'assurance soins dentaires (si cette dernière garantie fait partie de l'un des modules du contrat))

Si l'adhérent était exempté de ces couvertures, il redevient admissible à l'un ou l'autre des modules, selon son choix, à la date à laquelle prennent fin, de façon involontaire de la part de l'adhérent et de son conjoint, les garanties comparables ayant donné droit à l'exemption. L'adhérent devra effectuer son choix dans les trente et un (31) jours précédant la date de cessation de ces couvertures.

Article XI - Continuité de l'assurance

La présente clause s'applique intégralement, sauf si autrement exigé par toute loi portant sur les normes du travail.

- 1) Maladie – Accident (incluant toute invalidité ou accident relevant d'une commission de la santé et de la sécurité du travail ou de la loi sur l'assurance automobile)**
Un employé qui s'absente de son travail en raison d'un accident ou d'une maladie doit demeurer assuré pendant la durée de son absence. Le preneur doit verser les primes pour tous les adhérents absents pour ces raisons, sous réserve toutefois, des dispositions relatives à l'exonération des primes applicable à certaines garanties.
- 2) Mise à pied temporaire**
Un adhérent qui cesse d'être au travail en raison d'une mise à pied temporaire demeure assuré en vertu de toutes les garanties. Le preneur doit verser les primes pour les adhérents absents pour cette raison. L'assurance ne peut pas être maintenue en vigueur au-delà de douze (12) mois de la date du début de cette absence.
- 3) Congé autorisé – Suspension disciplinaire**
Un adhérent qui cesse d'être au travail en raison d'un congé autorisé ou d'une suspension disciplinaire, sauf en vertu des garanties d'assurance salaire si ces garanties font partie du présent contrat. Le preneur doit verser les primes pour les adhérents absents pour ces raisons. L'assurance ne peut pas être maintenue en vigueur au-delà de douze (12) mois de la date du début de cette absence.
- 4) Grève - Lock-out**
À moins d'une entente écrite au préalable entre le preneur et l'assureur, l'assurance d'un adhérent qui cesse d'être au travail à la suite d'une grève ou d'un lock-out est interrompue pour toute la durée de l'événement, sauf l'Assurance médicaments, qui est maintenue pendant trente (30) jours pour les résidents du Québec seulement. Les primes doivent être versées à l'assureur relativement à la période pendant laquelle l'assurance a été maintenue.
- 5) Congé de maternité - congé parental – retrait préventif en vertu d'une commission de la santé et de la sécurité du travail**
Lorsqu'un adhérent s'absente du travail par suite de congé de maternité, de congé parental ou d'un congé préventif, l'assurance en vertu de toutes les garanties peut être maintenue en vigueur pendant la période maximale prévue en vertu des dispositions relatives à toute loi sur les normes du travail en autant que les primes continuent d'être versées par le preneur. Le choix du maintien ou du non-maintien de la couverture doit être fait par l'adhérent au début de l'absence et il est irrévocable. Il est entendu toutefois que pour les assurés résidant au Québec, la Garantie d'assurance santé demeure obligatoire, sous réserve du droit d'exemption qui peut être accordé.

Section A - Stipulations générales (suite)

Article XII - Résiliation du contrat

Le preneur peut résilier le contrat par un avis écrit transmis à l'assureur. Le contrat prend alors fin le dernier jour du mois durant lequel l'assureur reçoit cet avis ou à toute date ultérieure indiquée sur l'avis, sous réserve de l'obligation du preneur, au Québec, de maintenir l'Assurance médicaments en vigueur au moins trente (30) jours à compter de la transmission par lui d'un avis d'intention à la dernière adresse connue de tous les adhérents. Une prime proportionnelle est payable pour la fraction de mois partant du dernier jour du mois précédant la date de résiliation.

L'assureur peut résilier le contrat à toute date de renouvellement, moyennant un avis écrit transmis au preneur au moins soixante (60) jours avant cette date; le contrat prend alors fin à minuit une minute le jour du renouvellement.

Tout avis donné par l'assureur au preneur engage chaque adhérent de la même façon que si l'avis avait été adressé personnellement à chaque adhérent.

Article XIII - Fin de l'assurance d'un assuré

L'assurance de tout assuré prend fin à la première des dates suivantes :

- la date de résiliation du présent contrat, sauf s'il est expressément stipulé autrement ailleurs;
- la date de cessation d'emploi de l'adhérent, sauf pour les garanties d'assurance vie et pour la Garantie d'assurance décès ou mutilation par accident, qui sont prolongées de trente et un (31) jours;
- le jour où l'assuré ne remplit plus les conditions d'admissibilité, sous réserve de l'ARTICLE XI CONTINUITÉ DE L'ASSURANCE de la présente section du contrat;
- la date à laquelle l'adhérent invalide exonéré du paiement des primes atteint l'âge de soixante (65) ans;
- la date à compter de laquelle les primes pour l'assurance d'un adhérent ne sont plus versées à l'assureur;
- la date à laquelle l'adhérent est retraité;
- la date à laquelle l'assuré atteint l'âge mentionné dans le Sommaire des garanties, s'il y a lieu;
- le jour où l'assuré commet un acte frauduleux à l'égard de l'assureur.

Article XIV - Fin spécifique de l'Assurance médicaments

(Le présent article ne s'applique qu'aux résidents du Québec)

Adhérent

L'assurance de tout adhérent prend fin à la première des dates suivantes :

- la date de résiliation du contrat;
- la date de cessation d'emploi de l'adhérent;
- le jour où l'adhérent ne remplit plus les conditions d'admissibilité, sous réserve de l'ARTICLE XI - CONTINUITÉ DE L'ASSURANCE de la présente section;
- le 31^e jour suivant la date à laquelle l'assureur a expédié au preneur un avis de cessation pour non-paiement des primes exigibles à l'égard de l'adhérent;

Section A - Stipulations générales (suite)

- la date à laquelle l'adhérent est retraité;
- la date à laquelle l'adhérent âgé de soixante-cinq (65) ans ou plus adhère au Régime général prévu dans la Loi sur l'assurance médicaments, sous réserve de toute disposition à l'effet contraire prévue dans l'Assurance médicaments de ce contrat.

Personnes à charge

L'assurance de toute personne à charge prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle cesse l'assurance de l'adhérent dont elle est une personne à charge; ou
- la date à laquelle la personne à charge cesse de répondre à la définition de personne à charge prévue dans la SECTION A - STIPULATIONS GÉNÉRALES du contrat; ou
- la date à laquelle la personne à charge âgée de soixante-cinq (65) ans ou plus adhère au Régime général prévu dans la Loi sur l'assurance médicaments, sous réserve de toute disposition à l'effet contraire prévue dans l'Assurance médicaments de ce contrat.

Article XV - Droits de l'adhérent à la fin du contrat ou d'une garantie

Les droits de l'adhérent à la fin du contrat ou d'une garantie sont exercés conformément au Règlement d'application de la Loi sur les assurances et aussi, pour les adhérents du Québec, conformément à la Loi sur l'assurance médicaments.

Article XVI - Modification au contrat

Le contrat peut être modifié après entente par écrit entre l'assureur et le preneur, la modification pouvant être rétroactive.

Tout avenant reflétant une modification est considéré comme étant accepté par le preneur si l'avenant est signé par un signataire autorisé du preneur ou s'il y a versement de primes dans les soixante (60) jours qui suivent la date de réception de l'avenant par le preneur.

L'assureur peut modifier le contrat :

- à toute date de renouvellement du contrat, sur un préavis écrit de soixante (60) jours au preneur.
- lorsqu'une modification législative ou une modification d'un régime gouvernemental entraîne un changement dans les prestations payables en vertu des différentes garanties du contrat.

Article XVII - Modification du montant de la garantie

Si une variation du revenu ou un changement de catégorie d'employés entraîne une modification de la garantie à l'égard d'un adhérent, le preneur doit immédiatement en aviser l'assureur par écrit et lui fournir tous les renseignements nécessaires au calcul de cette modification. Cette dernière prend effet à la dernière des dates suivantes:

- la date de variation ou du changement, si l'avis écrit est reçu chez l'assureur avant cette date,
 - la date de réception, chez l'assureur, de l'avis écrit, s'il est reçu après la date de la variation ou du changement,
 - la date convenue par écrit entre l'assureur et le preneur, ou
 - la date d'acceptation par l'assureur des preuves d'assurabilité, lorsque la modification du montant d'assurance excède le maximum sans preuve indiqué au Sommaire des garanties.
-

Section A - Stipulations générales (suite)

Si un adhérent n'est pas au travail (à raison du minimum d'heures requis) à la date à laquelle la modification à son égard aurait pris effet, celle-ci ne prend effet qu'à la date de son retour au travail selon le minimum d'heures requis.

Article XVIII - Bénéficiaire

Le bénéficiaire est celui désigné par l'adhérent sur sa demande d'adhésion et, sous réserve des dispositions de la loi, il peut être remplacé sur demande écrite signée par l'adhérent et déposée au bureau de l'assureur.

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

Advenant le cas qu'un bénéficiaire désigné décède avant l'adhérent, ce dernier devra désigner un nouveau bénéficiaire.

Si l'adhérent décède et qu'un bénéficiaire n'a pas été désigné par écrit, la prestation au décès sera versée à la succession de l'adhérent.

Lorsque deux bénéficiaires ou plus ont été désignés (autre qu'un bénéficiaire subrogé), et que la répartition de la prestation de décès n'a pas été précisée, la prestation sera alors payable à parts égales aux bénéficiaires.

Si le bénéficiaire prédécède l'adhérent et que ce dernier n'a pas indiqué la part de la prestation de décès du bénéficiaire décédé, la part du bénéficiaire décédé est payable :

- a) au bénéficiaire survivant;
- b) aux bénéficiaires survivants en parts égales, s'il y a plus d'un bénéficiaire survivant; ou,
- c) au représentant successoral de l'adhérent, s'il n'y a pas de bénéficiaire survivant.

Article XIX - Exclusions applicables à toutes les garanties

Aucune garantie ne s'applique à un assuré lorsqu'il exerce ses fonctions en tant que membre actif des forces armées de n'importe quel pays, sauf si autrement exigé par la Loi sur l'assurance médicaments applicable aux adhérents du Québec.

Article XX - Coordination des prestations, basée sur les directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP)

Le présent article s'applique à la GARANTIE D'ASSURANCE SANTÉ et à la GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIREs, si cette dernière est prévue à l'un des modules du contrat.

- 1) Lorsqu'un assuré est admissible à recevoir simultanément des prestations en vertu d'une des garanties mentionnées ci-dessus et de toute autre garantie, la prestation payable pour tel assuré suit l'ordre de priorité ci-après :
 - a) les prestations d'une garantie ne contenant pas de clause de coordination des prestations sont payables avant celles qui seraient autrement payables en vertu du contrat;
 - b) les prestations de toute garantie contenant une clause de coordination des prestations sont payables, en suivant l'ordre de priorité ci-après, par la garantie en vertu de laquelle l'assuré se qualifie pour recevoir des prestations :
 - en tant qu'employé; la priorité sera accordée au régime auquel le participant est assuré à titre
 - d'employé en service à temps plein;

Section A - Stipulations générales (suite)

- d'employé en service à temps partiel;
 - de retraité
 - en tant que conjoint;
 - en tant qu'enfants à charge; la priorité sera accordée comme suit :
 - le régime du parent qui célèbre son anniversaire le premier dans l'année;
 - le régime du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet, si les parents ont tous deux la même date d'anniversaire.
 - en tant qu'enfants à charge de parents séparés ou divorcés; la priorité sera accordée comme suit :
 - le régime du parent ayant la garde de l'enfant;
 - le régime du conjoint du parent qui a la garde de l'enfant;
 - le régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant;
 - le régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.
- 2) En aucun temps, le montant des prestations payables en vertu du contrat, selon les conditions du présent article, ne doit excéder le montant qui aurait été payable en l'absence de cette clause.

Lorsque, en vertu du présent article, les prestations en vertu du présent contrat sont payables après celles d'une autre garantie, les prestations payables en vertu du contrat sont égales au moins :

- a) du total des prestations qui auraient été payables en l'absence du présent article;
 - b) du total des frais admissibles en vertu du présent contrat, moins les prestations payables par toute autre garantie. Les prestations payables en vertu de toute garantie incluent les prestations auxquelles le participant aurait eu droit s'il avait dûment soumis une demande de règlement.
- 3) Pour les fins du présent article, « garantie » désigne toute garantie qui prévoit des prestations pour soins, services ou fournitures médicales en vertu i) de tout régime d'assurance collective, d'assurance familiale, d'assurance des débiteurs et des épargnants, ii) de tout régime public prévoyant des prestations pour des soins similaires et iii) de tout régime d'avantages sociaux non assuré.

Article XXI - Fraude ou tentative de fraude

Le droit aux prestations d'un assuré est automatiquement révoqué si l'assuré obtient ou cherche à obtenir directement ou indirectement, par des moyens frauduleux, tout versement de prestations en vertu du présent contrat. En pareil cas, l'assureur est libéré de tout engagement spécifié au contrat à compter du moment de la fraude et il se réserve le droit d'exiger le remboursement des paiements de prestations déjà effectués. Toute fraude ou tentative de fraude peut entraîner l'annulation de l'assurance.

Article XXII - Incontestabilité

Toutes les déclarations fournies par un assuré pour une demande d'adhésion à une garantie ou un changement ou une augmentation du montant de sa couverture, autre qu'une déclaration frauduleuse, une fausse déclaration ou une omission, seront incontestables une fois que la couverture a été en vigueur pendant deux (2) années consécutives au cours de la vie de l'assuré.

Section A - Stipulations générales (suite)

Article XXIII - Exonération des primes

Si l'adhérent devient totalement invalide pendant que son assurance est en vigueur et avant son soixante-cinquième (65^e) anniversaire de naissance, il est exonéré du paiement de ses primes à compter de la première des deux dates suivantes, à condition que des preuves médicales de l'invalidité soient présentées à l'assureur.

- le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date à laquelle l'adhérent devient admissible au premier versement d'assurance salaire de longue durée, le cas échéant, ou
- la date d'expiration du délai de six mois consécutifs d'invalidité totale.

Si l'adhérent invalide est assuré en vertu de la GARANTIE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE, la définition de l'invalidité totale utilisée aux fins de l'exonération est celle apparaissant à cette garantie sous l'article DÉFINITIONS COMPLÉMENTAIRES.

Si l'adhérent invalide n'est pas assuré en vertu de la GARANTIE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE, l'invalidité totale est définie comme étant l'état d'incapacité totale et continue, résultant d'une maladie ou d'un accident, qui empêche l'adhérent d'accomplir les tâches régulières de toute occupation :

- qui lui permettrait de gagner au moins 60 % du salaire qu'il gagnait avant le début de son invalidité et
- qu'il est raisonnablement apte à exercer (ou pourrait le devenir) de par sa formation, son éducation et son expérience.

Une preuve de l'invalidité totale jugée satisfaisante doit être reçue par l'assureur pendant que l'invalidité totale subsiste. Cette preuve doit être produite dans les douze (12) mois suivant le début de l'invalidité.

Le montant d'assurance pour lequel l'adhérent est exonéré du paiement de la prime ne peut dépasser celui qui était en vigueur à la date du début de son invalidité. Nonobstant l'acceptation de la preuve d'invalidité totale par l'assureur, l'exonération des primes prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date de la fin de l'invalidité totale;
- 2) la date de la reprise d'un travail lucratif ou d'un emploi rémunérateur;
- 3) la date du refus de se présenter chez un médecin pour y subir l'examen médical exigé par l'assureur;
- 4) la date à laquelle l'adhérent invalide atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans;
- 5) la date normale de la retraite;
- 6) **sauf pour la Garantie d'assurance vie de base de l'adhérent, son assurance vie facultative et sa garantie d'assurance salaire de longue durée**, la date de résiliation du contrat (ou la date de l'annulation de la section ou de la catégorie à laquelle appartient l'adhérent invalide), ou la date de la fin de son emploi, le cas échéant.

Nonobstant le paragraphe 4) qui précède, l'exonération relative à la Garantie d'assurance salaire de longue durée ne peut excéder la durée maximale des prestations indiquée au Sommaire des garanties.

La clause d'exonération se rapportant à la Garantie d'assurance maladies graves (si cette garantie fait partie de l'un des modules du contrat) est décrite dans la section du contrat intitulée Garantie d'assurance maladies graves.

Section A - Stipulations générales (suite)

Article XXIV - Stipulations générales

Les stipulations générales du contrat s'appliquent à chacune des garanties du contrat pourvu que ces stipulations ne soient pas incompatibles avec les DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES qui, le cas échéant, apparaissent dans les SECTIONS qui décrivent les garanties et qui ont alors priorité sur les définitions contenues dans la SECTION A du présent contrat.

Article XXV – Conformité avec les lois existantes

Toute disposition du présent contrat entrant en conflit avec une loi fédérale ou provinciale en vigueur dans la province de résidence de l'assuré est, par la présente, modifiée pour être conforme aux exigences minimales de cette loi.

Le preneur et l'assureur conviennent que la collecte, l'utilisation, la divulgation et la conservation des renseignements personnels effectués aux fins de la gestion du contrat respecteront les dispositions de toute loi portant sur la protection des renseignements personnels.

Section B - Droits et obligations du preneur

Article I - Administration

Aux fins de l'administration du présent contrat, le preneur est le mandataire des adhérents, sauf quant aux droits et aux obligations qui sont conférés personnellement à ces derniers.

Article II - Échéance

Toutes les primes afférentes au contrat et leur rajustement, s'il y a lieu, sont payables par le preneur à l'assureur à la date de leur échéance respective. La prime initiale doit être versée par le preneur au plus tard à la prise d'effet du contrat et les primes subséquentes sont payables le premier jour de chaque mois. Le paiement d'une prime maintient le contrat en vigueur jusqu'au dernier jour de la période pour laquelle la prime a été payée.

Article III - Délai de grâce

L'assureur accorde un délai de grâce de trente et un (31) jours, à compter de l'échéance, sans exiger d'intérêts pour le paiement de toute prime, autre que la première, qui doit être payée à la date d'entrée en vigueur de l'assurance. L'assureur maintient le contrat intégralement en vigueur, sauf si ce dernier est résilié pour une raison autre que le non-paiement d'une prime, jusqu'à la date qui marque la fin du délai de grâce.

Si la prime n'est pas payée durant ce délai, le contrat devient nul et sans effet à la fin de ce délai, sauf pour l'Assurance médicaments, qui est maintenue en vigueur pendant trente (30) jours après la date d'expédition par l'assureur d'un avis écrit de cessation d'assurance pour non-paiement de primes. Le preneur doit néanmoins payer une prime jusqu'à la date de résiliation du contrat à l'égard de toutes et chacune des garanties.

Article IV - Information aux adhérents

Le preneur doit informer les adhérents de leurs droits et de leurs obligations en vertu du présent contrat. Il doit aussi les informer du fait qu'il n'a pas, le cas échéant, versé la prime à l'assureur à la date d'échéance, de même que de toute modification qui peut être apportée en cours de contrat. L'adhérent et le bénéficiaire ont le droit de consulter le document contractuel chez le preneur.

Le preneur doit fournir les formulaires requis à l'adhérent pour que celui-ci puisse exercer les droits qui lui sont conférés par le présent contrat.

Le preneur ne peut mettre fin à l'Assurance médicaments avant l'expiration d'un délai de trente (30) jours à compter de la transmission par lui d'un avis d'intention à la dernière adresse connue de tous les adhérents.

Section B - Droits et obligations du preneur (suite)

Article V - Contrôle

Le preneur doit fournir à l'assureur tout renseignement nécessaire à l'administration du présent contrat, dont :

- 1) les demandes d'adhésion dûment signées par les adhérents, que le régime soit facultatif ou obligatoire;
- 2) les noms de tous les adhérents assurés en vertu du présent contrat, leur adresse, ainsi que les renseignements nécessaires à l'établissement du montant d'assurance et de la prime de chacun;
- 3) les noms des employés assurés qui quittent leur service et la date de leur départ. Si le preneur omet d'avertir l'assureur du départ d'un adhérent, l'assurance n'est pas maintenue en vigueur pour cet adhérent après la date fixée dans l'article intitulé « FIN DE L'ASSURANCE », même si une prime est payée par cet adhérent. Dans ce cas, aucun remboursement de prime par l'assureur n'est effectué pour une période antérieure à trois (3) mois de la date de réception de l'avis écrit de modification;
- 4) l'assureur se réserve le droit d'examiner les registres de salaires et autres dossiers du preneur pour fins de vérification de participation et afin de déterminer les montants d'assurance qu'il doit accorder en vertu des présentes et d'établir la prime exigible;
- 5) le preneur doit transmettre à l'assureur un avis écrit dans les trente (30) jours qui suivent la date du début d'une invalidité;
- 6) le preneur doit informer l'assureur lorsqu'un adhérent devient exonéré des primes auprès de l'assureur précédent et lui transmettre la date du début de l'exonération, ainsi que la liste des garanties auxquelles elle s'applique;
- 7) dans le cas d'une période d'absence d'un adhérent au cours de laquelle l'assurance salaire est maintenue sur base facultative, le preneur doit, avant le début de l'absence, transmettre à l'assureur la date prévue de retour au travail de l'adhérent.

Section C - Droits et obligations de l'assureur

Article I - Primes

L'assurance est du genre temporaire et renouvelable annuellement. L'assureur révisé les taux unitaires selon les conditions stipulées ci-dessous.

Les taux en vigueur à la date d'effet du présent contrat ont été communiqués au preneur et acceptés par celui-ci dans un document séparé du présent contrat.

1) Mode de paiement des primes

L'assureur ne se rend pas responsable des contributions, s'il y en a, qu'un adhérent, en vertu du présent contrat, a pu ou peut verser; il n'est pas tenu de contrôler l'encaissement des contributions des adhérents par le preneur quant à son existence ou quant à son utilisation au paiement des primes; il n'est pas tenu non plus d'accepter le paiement d'une prime si celle-ci n'est pas versée en une seule somme par le preneur.

L'assureur peut différer le paiement des prestations aussi longtemps qu'une prime demeure impayée.

2) Paiement des primes

Le paiement des primes est effectué comme suit :

Nouvelle adhésion, augmentation d'un montant d'assurance et ajout de garanties

La prime couvrant une nouvelle adhésion, une augmentation d'un montant d'assurance ou l'ajout de garanties prenant effet après le 1^{er} du mois n'est payable qu'à partir du 1^{er} jour du mois qui suit la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion ou de la modification d'assurance.

Résiliation ou réduction de l'assurance

La prime couvrant une résiliation ou une réduction d'assurance prenant effet après le 1^{er} jour du mois cesse d'être exigible le 1^{er} jour du mois qui suit la date de prise d'effet de la résiliation ou de la réduction de l'assurance.

Calcul de la prime

La prime payable à l'assureur correspond à la somme des primes de chacun des adhérents calculées d'après les taux en vigueur.

Modification des taux unitaires

L'assureur peut modifier les taux unitaires s'il en avise le preneur par écrit au moins soixante (60) jours à l'avance, telle modification de taux ne pouvant cependant prendre effet avant la date prévue de renouvellement. Les taux unitaires peuvent également être modifiés en tout temps pour les raisons suivantes :

- a) lorsque les garanties ou les catégories d'employés admissibles à l'assurance sont modifiées, ou

Section C - Droits et obligations de l'assureur (suite)

- b) lorsqu'il y a une variation d'au moins 25 % du nombre d'adhérents, ce pourcentage étant calculé en fonction du nombre d'adhérents enregistrés à la date du calcul et à la plus rapprochée des dates suivantes :
 - la date de prise d'effet du présent contrat, ou
 - la dernière date de renouvellement, ou
- c) lorsqu'une modification législative ou une modification d'un régime gouvernemental entraîne un changement dans les prestations payables en vertu des différentes garanties du présent contrat. Les prestations resteront calculées sur la base des dispositions figurant dans ces lois ou leurs règlements ou dans ces régimes, à la date à laquelle les taux unitaires des garanties ont été établis pour la dernière fois et ce, tant qu'un nouveau taux unitaire ne sera pas entré en vigueur après entente entre l'assureur et le preneur, ou
- d) lorsque le montant des frais engagés par l'assureur en vertu du contrat est affecté par suite d'une modification législative, entre autres une modification au régime fiscal.

Article II - Demande de règlement

Les preuves écrites concernant un accident, une invalidité ou tout événement faisant l'objet d'une demande de prestations doivent être jugées satisfaisantes par l'assureur.

Comme condition préalable à l'octroi des prestations prévues en vertu du présent contrat, l'assureur est en droit de recevoir tous les renseignements qu'il pourrait exiger aux fins de la gestion des demandes de règlement. Ainsi, l'assureur se réserve le droit d'exiger des preuves ou renseignements supplémentaires aussi souvent qu'il le juge nécessaire et de faire examiner la personne assurée par un médecin de son choix. Pour les prestations d'assurance salaire de longue durée, l'assureur peut exiger que l'adhérent soit sous les soins d'un médecin spécialiste lorsque sa condition médicale le justifie. De plus, dans un cas d'alcoolisme et de toxicomanie, l'assureur peut exiger que l'adhérent entreprenne une cure fermée de désintoxication sous la surveillance d'un médecin.

1) **Garantie d'assurance santé et garantie d'assurance soins dentaires (si cette dernière garantie fait partie de l'un des modules du contrat)**

La responsabilité de l'assureur n'est engagée en vertu du présent contrat que s'il y a eu présentation d'une preuve de frais engagés dans les douze (12) mois qui suivent la date à laquelle les frais ont été engagés.

2) **Garanties d'assurance salaire (si ces garanties font partie de l'un des modules du contrat)**

Le preneur doit transmettre à l'assureur un avis écrit dans les trente (30) jours qui suivent la date du début d'une invalidité totale. Les formulaires fournissant la preuve de l'invalidité totale, dûment signés par les parties, doivent parvenir à l'assureur dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant le début de l'invalidité.

Dans le cas où le délai précité de quatre-vingt-dix (90) jours n'est pas respecté pour une raison, qui, de l'avis de l'assureur, est non justifiée, le délai de carence commence à courir à la date de réception par l'assureur des documents pertinents établissant la preuve de l'invalidité.

Section C - Droits et obligations de l'assureur (suite)

3) Garantie d'assurance maladies graves, si cette garantie fait partie de l'un des modules du contrat

Un certificat médical doit être fourni à la satisfaction de l'assureur dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant l'expiration du délai de carence.

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

Article III - Preuves d'assurabilité

- 1) Des preuves d'assurabilité doivent être fournies à l'assureur :
 - a) lorsque le montant de l'assurance d'un adhérent est ou devient supérieur au montant maximum alloué sans preuve d'assurabilité indiqué au Sommaire des garanties; dans ce cas, seul l'excédent de ce montant est assujéti aux preuves d'assurabilité. Les frais inhérents à ces preuves incombent à l'assureur;
 - b) lorsque la demande d'assurance de l'employé parvient à l'assureur plus de trente et un (31) jours après la date à laquelle l'employé ou ses personnes à charge sont devenus admissibles, sous réserve de l'alinéa 2) qui suit. Dans ce cas, toutes les preuves d'assurabilité jugées nécessaires par l'assureur pour l'étude d'une demande d'assurance sont aux frais de l'employé;
 - c) lorsqu'à la date d'entrée en vigueur du contrat ou à toute date de renouvellement, le nombre d'adhérents admissibles est inférieur à cinq (5). Les preuves d'assurabilité doivent alors être soumises, aux frais de l'assureur, par tous les adhérents et leurs personnes à charge, sous réserve de l'alinéa 2) qui suit.
 - d) Toute demande d'assurance vie facultative est assujéti à l'approbation préalable de l'assureur de la preuve d'assurabilité qui est requise pour l'adhérent et pour ses personnes à charge.
- 2)
 - a) Pour les résidents du Québec, aucune preuve d'assurabilité n'est exigée pour l'Assurance médicaments.
 - b) Dans le cas de la GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIREs (si cette garantie fait partie de l'un des modules du contrat), pour tout assuré dont l'assurance entre en vigueur plus de trente et un (31) jours après sa date d'admissibilité à l'assurance, la preuve d'assurabilité est remplacée par une limitation des prestations, décrite sous l'alinéa 3) Limitation des prestations de l'ARTICLE V - EXCLUSIONS ET RÉDUCTION faisant partie de la GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIREs.

S'il y a, dans les preuves d'assurabilité, quelque omission ou fausse représentation de nature à influencer l'appréciation du risque, l'assurance peut être, au choix de l'assureur, nulle et sans effet.

Article IV - Certificat d'assurance

L'assureur doit remettre au preneur des certificats d'assurance que ce dernier doit distribuer aux adhérents.

Section C - Droits et obligations de l'assureur (suite)

Article V - Cession ou gage

L'assurance et les prestations garanties en vertu du présent contrat ne peuvent être ni cédées, ni mises en gage, ni saisies.

Article VI - Renonciation

La renonciation ou l'omission, de la part de l'assureur, d'exiger l'exécution ou l'observation d'une disposition quelconque du présent contrat ne doivent pas être interprétées comme étant une renonciation de la part de l'assureur à son droit de prendre des mesures nécessaires contre tout défaut subséquent d'exécuter ou d'observer la même ou toute autre disposition. De plus, le fait que l'assureur ait approuvé une action quelconque du preneur ou d'un adhérent lorsque cette approbation était requise, n'a pas pour effet de dispenser le preneur ou l'adhérent de l'obligation d'obtenir l'approbation de l'assureur pour toute action similaire subséquente.

Article VII - Subrogation

Si l'assuré acquiert un droit de poursuite contre toute personne physique ou morale relativement à une perte couverte en vertu du présent contrat, l'assureur est subrogé à l'assuré dans tous ses droits, jusqu'à concurrence du montant payé par l'assureur. L'assuré doit signer et remettre les documents nécessaires à cet effet et faire tout ce qui est requis pour protéger ses droits.

Article VIII - Recouvrement

Aucune disposition du contrat ne peut empêcher l'assureur de recouvrer toute somme payée en trop. Cette somme d'argent portera intérêt, à compter du trentième (30^e) jour suivant la date à laquelle l'assureur avise l'adhérent du trop-perçu. L'intérêt sera calculé au taux courant de la Banque du Canada, sur une base annuelle et payable mensuellement.

L'arriéré d'intérêt portera intérêt au taux mentionné ci-dessus.

Article IX – Délai pour contester une décision de l'assureur

Toute action ou procédure contre l'assureur pour le recouvrement de sommes assurées payables en vertu du présent contrat sera refusée, à moins d'avoir débuté à l'intérieur de la période allouée par la Loi sur les assurances.

Section D - Garantie d'assurance vie de base de l'adhérent

Article I - Objet de la garantie

Advenant le décès d'un adhérent, et sous réserve des dispositions de la présente garantie et de celles du contrat, l'assureur s'engage à payer au bénéficiaire le capital assuré prévu au Sommaire des garanties, selon la catégorie de l'adhérent.

Article II A) - Droit de transformation (applicable aux adhérents qui résident au Québec)

Si l'assurance d'un adhérent prend fin à ou avant l'âge de soixante-cinq (65) ans en raison de son départ à la retraite, la fin de son emploi ou de son appartenance au groupe, il a le droit de souscrire auprès de l'assureur une police d'assurance vie individuelle. Le montant de la police ainsi transformée doit être d'au moins 10 000 \$ et ne doit pas dépasser le moindre du montant total d'assurance vie collective de l'adhérent en vertu du présent contrat à la date de résiliation ou 400 000 \$.

Ce droit de transformation s'applique également aux réductions prévues ou à la résiliation des garanties qui a lieu à des âges précis, sans excéder l'âge de soixante-cinq (65) ans.

Si l'assurance d'un adhérent prend fin à ou avant l'âge de soixante-cinq (65) ans en raison de la résiliation de l'assurance collective ou de la catégorie d'employés à laquelle il appartient, l'adhérent a le droit de souscrire auprès de l'assureur une police d'assurance vie individuelle. Le montant de la police ainsi transformée doit être d'au moins 10 000 \$ et ne doit pas dépasser le moindre du montant total d'assurance vie collective de l'adhérent en vertu du présent contrat à la date de résiliation ou 400 000 \$. Si la présente assurance collective est remplacée en tout ou en partie par une autre assurance collective dans les trente et un (31) jours de la date de résiliation, le montant de l'assurance transformée est limité en plus à la réduction de l'assurance collective de l'adhérent en raison de l'assurance remplacée.

Toute assurance vie individuelle émise en vertu de la présente disposition est assujettie aux conditions suivantes :

- 1) l'adhérent doit remettre une demande d'adhésion écrite et la prime requise à l'assureur dans les trente et un (31) jours de la date de fin ou de réduction de son assurance collective. L'assurance individuelle sera substituée à toutes les prestations d'assurance vie auxquelles l'adhérent avait droit en vertu de l'assurance collective;
- 2) l'assurance individuelle sera émise sans que des preuves d'assurabilité soient requises;
- 3) l'assurance individuelle prend effet trente et un (31) jours après la date de résiliation. Pendant la période de trente et un (31) jours durant laquelle le droit de transformation peut être exercé, l'assurance vie collective demeure en vigueur sans frais au montant alloué par le droit de transformation;

Section D - Garantie d'assurance vie de base de l'adhérent (suite)

- 4) l'assurance individuelle ne doit comporter aucune garantie pour invalidité ou autres couvertures supplémentaires. La prime de cette assurance sera établie selon les taux d'assurance vie individuelle en vigueur chez l'assureur à la date de l'adhésion, eu égard à l'âge atteint par l'adhérent et à son sexe à la date d'entrée en vigueur.
- 5) Les types d'assurance vie individuelle que l'adhérent peut obtenir pour une transformation sont les suivants :
 - a) une assurance vie temporaire un (1) an pouvant être changée avant sa date d'échéance en une assurance vie du type décrit en b) ou c) ci-dessous :
 - b) une assurance vie temporaire à soixante-cinq (65) ans, non transformable, pour le même montant d'assurance, ou
 - c) une assurance vie temporaire cent (100) ans offrant une couverture à vie sans options de maintien du contrat.

Article II B) - Droit de transformation (applicable aux adhérents qui résident hors du Québec)

Si l'assurance d'un adhérent prend fin à ou avant l'âge de soixante-cinq (65) ans en raison de son départ à la retraite, la fin de son emploi ou de son appartenance au groupe, il a le droit de souscrire auprès de l'assureur une police d'assurance vie individuelle. Le montant de la police ainsi transformée ne doit pas dépasser le moindre du montant total d'assurance vie collective de l'adhérent en vertu du présent contrat à la date de résiliation ou 200 000 \$.

Ce droit de transformation s'applique également aux réductions prévues ou à la résiliation des garanties qui a lieu à des âges précis, sans excéder l'âge de soixante-cinq (65) ans.

Si l'assurance d'un adhérent prend fin à ou avant l'âge de soixante-cinq (65) ans en raison de la résiliation de l'assurance collective ou de la catégorie d'employés à laquelle il appartient, l'adhérent a le droit de souscrire auprès de l'assureur une police d'assurance vie individuelle. Le montant de la police ainsi transformée ne doit pas dépasser le moindre du montant total d'assurance vie collective de l'adhérent en vertu du présent contrat à la date de résiliation ou 200 000 \$. Si la présente assurance collective est remplacée en tout ou en partie par une autre assurance collective dans les trente et un (31) jours de la date de résiliation, le montant de l'assurance transformée est limité en plus à la réduction de l'assurance collective de l'adhérent en raison de l'assurance remplacée.

Toute assurance vie individuelle émise en vertu de la présente disposition est assujettie aux conditions suivantes :

- 1) l'adhérent doit remettre une demande d'adhésion écrite et la prime requise à l'assureur dans les trente et un (31) jours de la date de fin ou de réduction de son assurance collective. L'assurance individuelle sera substituée à toutes les prestations d'assurance vie auxquelles l'adhérent avait droit en vertu de l'assurance collective;
- 2) l'assurance individuelle sera émise sans que des preuves d'assurabilité soient requises;
- 3) l'assurance individuelle prend effet trente et un (31) jours après la date de résiliation. Pendant la période de trente et un (31) jours durant laquelle le droit de transformation peut être exercé, l'assurance vie collective demeure en vigueur sans frais au montant alloué par le droit de transformation;
- 4) l'assurance individuelle ne doit comporter aucune garantie pour invalidité ou autres couvertures supplémentaires. La prime de cette assurance sera établie selon les taux d'assurance vie

Section D - Garantie d'assurance vie de base de l'adhérent (suite)

individuelle en vigueur chez l'assureur à la date de l'adhésion, eu égard à l'âge atteint par l'adhérent et à son sexe à la date d'entrée en vigueur;

- 5) Les types d'assurance vie individuelle que l'adhérent peut obtenir pour une transformation sont les suivants :
 - a) une assurance vie temporaire un (1) an pouvant être changée avant sa date d'échéance en une assurance vie du type décrit en b) ou c) ci-dessous :
 - b) une assurance vie temporaire à soixante-cinq (65) ans, non transformable, pour le même montant d'assurance, ou
 - c) une assurance vie temporaire cent (100) ans offrant une couverture à vie sans options de maintien du contrat;
- 6) si l'adhérent décide de souscrire une assurance individuelle en vertu de la présente disposition pour un montant inférieur au montant stipulé dans le droit de transformation, le montant alors choisi ne doit pas être inférieur au montant minimum normalement émis par l'assureur pour l'assurance choisie.

Article III – Prestation pour maladie en phase terminale

Une prestation de décès anticipée peut être versée, si :

- 1) l'assureur est de l'opinion que l'adhérent souffre d'une condition susceptible d'entraîner son décès dans les douze (12) mois suivant la date de demande d'un tel paiement; et
- 2) le médecin traitant de l'adhérent a présenté à l'assureur un certificat médical satisfaisant;
- 3) l'adhérent est jugé ou serait jugé admissible en vertu des modalités de l'Article XXIII – Exonération des primes de la Section A - Stipulations générales du présent contrat; et
- 4) l'adhérent fait une demande par écrit de cette prestation anticipée.

La prestation de décès anticipée ne doit en aucun cas dépasser le moindre de 50 % du montant d'assurance vie de base de l'adhérent en vigueur à la date de la demande ou 50 000 \$, et un seul tel paiement, versé en une somme globale à l'adhérent, sera disponible.

Il est convenu que la prestation de décès anticipée sera déduite du montant d'assurance vie de base autrement payable au décès de l'adhérent.

Article IV - Récidive d'invalidité

Les périodes successives d'invalidité totale survenant durant l'exonération des primes (tel que décrit à l'Article XXIII des Stipulations générales du présent contrat) sont considérées comme une seule période d'invalidité, si :

- 1) elles sont attribuables à la même cause ou à des causes connexes, à moins qu'elles ne soient séparées par au moins six (6) mois durant lesquels l'adhérent était activement au travail sur une base permanente; ou
- 2) elles résultent de causes complètement indépendantes, à moins qu'elles ne soient séparées par une période durant laquelle l'employé est activement au travail sur une base permanente.

Si une période d'invalidité totale est considérée en vertu de la présente disposition comme étant la continuation d'une période d'invalidité totale précédente, les primes sont alors exonérées sans l'application d'un nouveau délai de carence.

Section D - Garantie d'assurance vie de base de l'adhérent (suite)

Article V - Réduction de la garantie

La formule de réduction du montant d'assurance de l'adhérent est indiquée au Sommaire des garanties.

Article VI - Fin de la garantie

Cette garantie prend fin à la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge spécifié au Sommaire des garanties.

Section E - Garantie d'assurance vie de base des personnes à charge

Article I - Objet de la garantie

Sous réserve de toutes les dispositions de la présente garantie et de celles du contrat, l'assureur s'engage à payer à l'adhérent, au décès d'une personne à charge assurée, le montant prévu au Sommaire des garanties.

Article II A) - Droit de transformation (applicable aux adhérents qui résident au Québec)

Les personnes à charge de l'adhérent peuvent exercer leur droit de transformation dans les mêmes circonstances et aux mêmes conditions que celles applicables à l'adhérent dans l'Article II A) Droit de transformation de la GARANTIE D'ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT, à l'exception du montant minimum de la police transformée, qui est de 5 000 \$ dans le cas des personnes à charge. De plus, ce droit peut être exercé par les personnes à charge advenant la fin de leur assurance vie :

- a) suite au décès de l'adhérent;
- b) suite à leur exclusion d'une catégorie admise à l'assurance.

Article II B) - Droit de transformation (applicable aux adhérents qui résident hors Québec)

Le conjoint de l'adhérent peut exercer ce droit de transformation dans les mêmes circonstances et aux mêmes conditions que celles applicables à l'adhérent dans l'Article II B) Droit de transformation de la GARANTIE D'ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT. De plus, ce droit peut être exercé par le conjoint advenant la fin de son assurance vie :

- a) suite au décès de l'adhérent;
- b) suite à son exclusion d'une catégorie admise à l'assurance.

Article III - Fin de la garantie

Cette garantie prend fin à la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge spécifié au Sommaire des garanties.

Section F - Garantie d'assurance vie facultative de l'adhérent

Article I - Objet de la garantie

Advenant le décès d'un adhérent, et sous réserve des dispositions de la présente garantie et de celles du contrat, l'assureur s'engage à payer au bénéficiaire le montant choisi par l'adhérent sur sa demande d'adhésion, conformément au Sommaire des garanties.

Article II - Preuve d'assurabilité

Comme condition préalable d'admissibilité à la présente garantie, l'adhérent doit soumettre une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par l'assureur.

L'adhérent peut également modifier le montant de son assurance vie facultative, conformément au Sommaire des garanties. Toutefois, aucune augmentation ne sera accordée, sauf dans les cas d'augmentation résultant uniquement d'une augmentation de salaire de l'adhérent, à moins que ce dernier ne soumette une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par l'assureur.

Article III - Exclusion

Suicide

Si l'adhérent meurt par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide au cours des vingt-douze (12) premiers mois qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie (incluant les mois d'assurance en vertu du contrat antérieur, le cas échéant), de sa remise en vigueur, ou de toute augmentation du montant de la garantie, qu'il soit sain d'esprit ou non au moment du suicide, ou de la tentative de suicide, l'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est nulle et sans effet et la responsabilité de l'assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

Article IV - Droit de transformation

L'Article II A) Droit de transformation et l'Article II B) Droit de transformation de la GARANTIE D'ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT s'appliquent aussi à la présente garantie.

Article V - Fin de la garantie

Cette garantie prend fin à la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans.

Section G - Garantie d'assurance vie facultative des personnes à charge

Article I - Objet de la garantie

Advenant le décès d'une personne à charge, et sous réserve des dispositions de la présente garantie et de celles du contrat, l'assureur s'engage à payer à l'adhérent le montant choisi par l'adhérent pour ses personnes à charge au moment de son adhésion, conformément au Sommaire des garanties.

Article II - Preuve d'assurabilité

Comme condition préalable d'admissibilité à la présente garantie, toute personne à charge doit soumettre une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par l'assureur.

L'adhérent peut également modifier le montant d'assurance vie facultative de ses personnes à charge, conformément au Sommaire des garanties. Toutefois, aucune augmentation ne sera accordée, à moins que la personne à charge ne soumette une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par l'assureur.

Article III - Exclusion

Suicide

Si une personne à charge meurt par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide au cours des douze (12) premiers mois qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie à son égard (incluant les mois d'assurance en vertu du contrat antérieur, le cas échéant), de sa remise en vigueur, ou de toute augmentation du montant de la garantie, qu'elle soit saine d'esprit ou non lors du suicide, ou de la tentative de suicide, l'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est nulle et sans effet et la responsabilité de l'assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

Article IV - Droit de transformation

L'Article II A) Droit de transformation et l'Article II B) Droit de transformation de la GARANTIE D'ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE s'appliquent aussi à la présente garantie.

Article V - Fin de la garantie

- 1) Cette garantie, à l'égard des personnes à charge assurées, le cas échéant, prend fin à la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge mentionné au Sommaire des garanties.
- 2) Cette garantie à l'égard du conjoint, prend fin à la première des dates suivantes :
 - la date à laquelle il atteint l'âge spécifié au Sommaire des garanties;
 - la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge spécifié au Sommaire des garanties.

Section H - Garantie d'assurance décès ou mutilation par accident de l'adhérent

Article I - Objet de la garantie

Sous réserve des dispositions de la présente garantie et de celles du contrat, l'assureur paie un montant correspondant au pourcentage indiqué au Tableau des prestations du montant d'assurance prévu au Sommaire des garanties, selon la perte subie par l'adhérent en raison d'un accident. La perte doit survenir dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent la date de l'accident et pendant que la présente garantie est en vigueur à l'égard de l'adhérent.

Article II - Définitions complémentaires

Dans le cadre de la présente garantie :

Perte d'un bras désigne le sectionnement complet à l'articulation du coude ou au-dessus de celle-ci.

Perte d'un doigt désigne le sectionnement complet à l'articulation de la deuxième phalange d'un doigt.

Perte d'un pied désigne le sectionnement complet à l'articulation de la cheville ou entre la cheville et le genou.

Perte d'une main désigne le sectionnement complet à l'articulation du poignet ou entre le poignet et le coude.

Perte de l'ouïe, de la vue ou de la parole désigne la perte totale et irrémédiable de l'ouïe, de la vue ou de la parole attestée par un médecin diplômé, reconnu et agréé auprès du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Perte d'une jambe désigne le sectionnement complet à l'articulation du genou ou au-dessus de celle-ci.

Perte du pouce désigne le sectionnement complet d'une phalange du pouce.

Perte d'un orteil désigne le sectionnement complet d'une phalange du gros orteil, ou de toutes les phalanges des autres orteils.

Perte de l'usage désigne la perte totale et irrémédiable de l'usage d'un membre constatée par un médecin depuis douze (12) mois ou plus.

La quadriplégie se définit comme la paralysie complète et irrémédiable des membres supérieurs et inférieurs. L'hémiplégie se définit comme la paralysie complète et irrémédiable des membres supérieur et inférieur d'une moitié du corps. La paraplégie se définit comme la paralysie complète et irrémédiable des membres inférieurs.

Section H - Garantie d'assurance décès ou mutilation par accident de l'adhérent (suite)

Article III - Tableau des prestations

Le montant payable tel qu'il est indiqué ci-dessous représente un pourcentage du montant indiqué au Sommaire des garanties.

<u>Perte</u>	<u>Pourcentage du montant d'assurance</u>
• de la vie	100 %
• des deux mains ou des deux pieds	100 %
• des deux bras ou des deux jambes	100 %
• de la vue des deux yeux	100 %
• de la vue d'un œil et d'une main	100 %
• de la vue d'un œil et d'un pied	100 %
• d'une main et d'un pied	100 %
• d'un bras et d'une jambe	100 %
• d'un bras ou d'une jambe	75 %
• d'une main ou d'un pied	66 $\frac{2}{3}$ %
• de la vue d'un œil	66 $\frac{2}{3}$ %
• du pouce et de l'index d'une main	33 $\frac{1}{3}$ %
• d'au moins quatre doigts de la même main	33 $\frac{1}{3}$ %
• de tous les orteils d'un même pied	12 $\frac{1}{2}$ %
<u>Perte</u>	
• de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 %
• de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	50 %
• de l'ouïe d'une oreille	16 $\frac{2}{3}$ %
<u>Paralysie</u>	
• Quadriplégie	200 %
• Hémiplégie	200 %
• Paraplégie	200 %
<u>Perte de l'usage</u>	
• des deux bras ou des deux jambes	100 %
• des deux mains ou des deux pieds	100 %
• d'une main et d'un pied	100 %
• d'un bras et d'une jambe	100 %
• d'un bras ou d'une jambe	75 %
• d'une main ou d'un pied	66 $\frac{2}{3}$ %

Section H - Garantie d'assurance décès ou mutilation par accident de l'adhérent (suite)

Article IV – Indemnités additionnelles

1) Indemnité en cas de coma

Si, par suite d'un accident, l'adhérent se trouve dans un état comateux, une somme équivalant à 1 % de son montant d'assurance sera payable en prestation mensuelle. La prestation mensuelle sera payable tant que l'adhérent sera dans le coma jusqu'à l'épuisement du montant d'assurance ou jusqu'au décès de l'adhérent, selon ce qui se produit en premier. La prestation sera versée au nom de l'adhérent et, à son décès, le reliquat du montant d'assurance sera payable au bénéficiaire désigné pour son assurance vie.

Si une prestation prévue au Tableau des prestations est versée pour une perte attribuable au même accident, le montant de prestation payable en cas de coma subséquent sera calculé en fonction du reliquat du montant principal.

Par coma ou état comateux, on entend la perte de conscience complète et totale débutant dans les trente et un (31) jours suivant l'accident et se prolongeant sans interruption pendant trente et un (31) jours avant que les prestations ne soient payables.

2) Exposition et disparition

Si, à la suite d'un accident, l'adhérent est exposé malgré lui aux éléments et si, en raison de cette exposition et dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'accident, il subit une perte pour laquelle il aurait été autrement couvert par la présente garantie, la perte est alors couverte par la présente disposition.

Lorsque, en raison de la destruction accidentelle, du naufrage ou de la disparition d'un transporteur à bord duquel l'adhérent prenait place, cette personne disparaît et que son corps n'est pas retrouvé dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'événement, l'adhérent est considéré comme ayant perdu la vie par suite de l'accident, sous réserve qu'aucune preuve du contraire ne soit apportée et sous réserve de toutes les autres conditions de la présente garantie.

3) Retour de la dépouille

Si l'adhérent trouve la mort par suite d'un accident donnant lieu à des prestations en vertu de la présente garantie, et si le décès survient à cent cinquante (150) kilomètres ou plus du domicile de l'adhérent, l'assureur paiera les frais effectivement engagés pour la préparation de la dépouille en vue de l'enterrement ou de l'incinération (à l'exclusion du prix du cercueil), de même que les frais de transport de la dépouille au lieu d'inhumation ou d'incinération, ou les frais effectivement engagés, à l'exclusion du prix du cercueil, pour l'enterrement ou l'incinération dans la localité où l'adhérent est décédé. Le montant maximal pouvant être versé en prestations est de 7 500 \$ pour la totalité des frais admissibles.

La prestation prévue dans la présente sera payable à la personne qui, de l'avis de l'assureur, semble y avoir droit en raison du fait qu'elle a engagé les frais énumérés ci-dessus. Sur réception d'une preuve écrite des dépenses anticipées, l'assureur pourra verser une avance, pourvu que le preneur

- a) confirme que l'adhérent décédé était assuré en vertu de la présente garantie à la date de son décès, et
- b) fournisse à l'assureur la date et la cause du décès.

Toute somme versée à cette personne par l'assureur libère ce dernier de son obligation jusqu'à concurrence de la somme versée.

Section H - Garantie d'assurance décès ou mutilation par accident de l'adhérent (suite)

4) Indemnité de réadaptation

Si l'adhérent subit une perte donnant lieu au versement d'une prestation conformément au Tableau des prestations, l'assureur paiera les frais raisonnables et nécessaires engagés pour la réadaptation de l'adhérent, sous réserve de ce qui suit :

- a) le montant payable pour ces dépenses est versé sous réserve d'un maximum de 5 000 \$;
- b) la formation doit être requise
 - en raison de la perte subie et
 - dans le but de permettre à l'adhérent de faire un travail pour lequel il ne possédait pas les compétences requises avant sa perte;
- c) les frais doivent être engagés dans les trois (3) ans suivant la date de l'accident;
- d) aucune indemnité ne sera accordée pour subvenir aux besoins courants de la vie, ni pour des frais de déplacement ou d'habillement.

5) Formation professionnelle du conjoint

Si l'adhérent trouve la mort par suite d'un accident donnant lieu à des prestations en vertu de la présente garantie, l'assureur paiera les frais raisonnables engagés par son conjoint pour un programme de formation reconnu dans le but d'entrer sur le marché du travail dans un emploi pour lequel le conjoint ne possède pas les compétences requises. L'indemnité est versée sous réserve d'un maximum de 5 000 \$ et les frais doivent être engagés dans les trois (3) ans suivant la date du décès de l'adhérent. Aucune indemnité ne sera accordée pour subvenir aux besoins courants de la vie, ni pour des frais de déplacement ou d'habillement.

6) Frais d'études

Si l'adhérent trouve la mort par suite d'un accident donnant lieu à des prestations en vertu de la présente garantie, l'assureur verse une indemnité pour les frais d'études de chaque enfant à charge déjà inscrit dans un établissement d'études postsecondaires ou qui s'inscrit aux études dans un tel établissement dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de décès de l'adhérent. Pour être admissible à une telle indemnité, l'enfant doit répondre à la définition d'enfant à charge prévue dans le contrat (Section A – Stipulations générales, Article I – Définitions).

L'indemnité correspond aux frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés, jusqu'à concurrence du moins élevé des montants suivants : 5 % du montant d'assurance ou 5 000 \$. Cette prestation sera payable chaque année tant que l'enfant à charge sera aux études à plein temps, jusqu'à concurrence de cinq (5) ans ou jusqu'à l'atteinte de l'âge de vingt-six (26) ans, selon la première éventualité. Sont exclus les frais de chambre et pension, de même que les autres frais de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

L'indemnité prévue dans la présente disposition est payable sous la forme de versements annuels, après réception par l'assureur d'une preuve écrite d'assiduité de l'enfant à charge dans un établissement d'enseignement postsecondaire. L'indemnité est versée :

- a) au parent survivant ou au tuteur de l'enfant à charge si ce dernier est âgé de moins de dix-huit (18) ans, ou
- b) à l'enfant à charge lui-même, s'il est âgé de dix-huit (18) ans ou plus.

Le premier versement sera payable sur réception par l'assureur d'une preuve écrite de l'admissibilité de l'enfant à charge et les paiements subséquents seront payables à la date à laquelle l'assureur recevra une preuve écrite d'assiduité conformément au paragraphe précédent.

Section H - Garantie d'assurance décès ou mutilation par accident de l'adhérent (suite)

7) Indemnité de voyage pour la famille

Si, par suite d'une perte donnant lieu au versement d'une prestation décrite dans le Tableau des prestations, l'adhérent est confiné dans un hôpital situé à plus de cent cinquante (150) kilomètres de son domicile habituel, l'assureur paiera les frais raisonnables et nécessaires pour le déplacement d'un ou de plusieurs membres de sa famille au chevet du patient. Un montant total de 1 500 \$ sera payable en indemnité de voyage pour l'hébergement en chambre d'hôtel et les frais de déplacement. Si un véhicule personnel est utilisé au lieu d'un moyen de transport en commun, un tarif de 0,20 \$ le kilomètre sera appliqué.

Article V - Paiement de la somme assurée

Pour un décès accidentel, la somme assurée est payée directement au bénéficiaire que l'adhérent a désigné pour son assurance vie. Dans le cas de toute autre perte accidentelle prévue dans le Tableau des prestations, la prestation est versée à l'adhérent.

Article VI - Exclusions et réductions de la garantie

- 1) Aucune indemnité n'est versée en vertu de la présente garantie si la perte résulte de la participation de l'adhérent à un acte criminel, même si aucune accusation n'a été faite ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu.
- 2) Cette garantie ne s'applique pas si la perte subie résulte, directement ou indirectement, de l'une des causes suivantes :
 - a) suicide ou tentative de suicide de l'adhérent, blessure volontaire que l'adhérent s'inflige, en quelque état d'esprit qu'il ait été,
 - b) insurrection, guerre (déclarée ou non), ou hostilité des forces armées de tout pays, ainsi que participation de l'adhérent à une émeute ou à un affrontement public,
 - c) absorption volontaire de poison ou de drogue, ou inhalation volontaire de gaz,
 - d) maladie ou affection, ou traitement médical ou chirurgical de celles-ci, autre qu'une infection septicémique survenue en raison d'une blessure accidentelle,
 - e) envolée ou tentative d'envolée à bord d'un avion ou autre aéronef si l'adhérent est membre de l'équipage, ou s'il exerce une fonction quelconque se rapportant au vol.
- 3) De plus, la présente garantie ne s'applique pas si l'adhérent conduit un véhicule alors que son alcoolémie excède la limite fixée par la loi qui s'applique dans la juridiction dans laquelle a lieu l'accident. Aux fins de la présente exclusion, « *véhicule* » désigne tout moyen de transport tiré, propulsé ou conduit par n'importe quel moyen et comprend entre autres l'automobile, le camion, la motocyclette, le cyclomoteur, la bicyclette, la motoneige et le bateau).
- 4) Si l'adhérent subit plus d'une perte dans un même accident, l'assureur verse la prestation pour une seule perte, soit celle qui donne droit au montant le plus élevé.

Article VII - Examen et autopsie

L'assureur se réserve le droit d'exiger que l'adhérent se soumette à un examen médical ou, s'il est décédé, de demander une autopsie dans les limites permises par la loi.

Section H - Garantie d'assurance décès ou mutilation par accident de l'adhérent (suite)

Article VIII – Réduction de la garantie

La formule de réduction du montant d'assurance de l'adhérent est indiquée au Sommaire des garanties.

Article IX – Fin de la garantie

Cette garantie prend fin à la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge spécifié au Sommaire des garanties.

Article X - Droit de transformation

Si l'assurance décès ou mutilation par accident d'un adhérent prend fin ou est réduite avant l'âge de soixante-cinq (65) ans en raison de son départ à la retraite, de la fin de son emploi ou de son appartenance au groupe, il a le droit, en faisant une demande écrite dans les trente et un (31) jours suivant la fin de son assurance et ce, sans preuve d'assurabilité, de souscrire une police individuelle d'assurance décès ou mutilation par accident selon le genre offert par l'assureur. Le montant de la nouvelle police ne peut pas excéder le moindre de la somme assurée en vigueur immédiatement avant la fin de son assurance ou 200 000 \$.

Section I – Garantie d'assurance maladies graves

Article I – Objet de la garantie

Sous réserve de toutes les dispositions de la présente garantie et de celles du contrat, l'assureur verse à l'adhérent le montant d'assurance en vigueur lorsque lui-même ou l'une de ses personnes à charge sont atteints d'une maladie grave énumérée à l'Article III de la présente garantie, pendant qu'ils sont assurés en vertu de la présente garantie et pourvu qu'une preuve médicale satisfaisante soit reçue par l'assureur dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la fin du délai de carence spécifié au Sommaire des garanties.

Le montant de la prestation est versé une seule fois pour toutes les maladies graves admissibles résultant d'une même cause ou d'une cause connexe. Par ailleurs, deux (2) manifestations de maladies graves admissibles indépendantes l'une de l'autre sont couvertes à vie. L'indemnité maximale viagère par assuré pour toutes les maladies graves est limitée à deux (2) fois le montant spécifié au Sommaire des garanties.

Lorsqu'une prestation pour une maladie grave devient payable, l'assureur fait également un don de 500 \$ à une oeuvre de charité reconnue, au choix de l'adhérent.

Article II – Définitions complémentaires

Activités de la vie quotidienne : se nourrir, s'habiller, se laver, se déplacer et utiliser les toilettes sont les cinq (5) activités de la vie quotidienne qu'une personne peut normalement accomplir sans aide.

- Se nourrir : porter de la nourriture préparée ou du liquide à sa bouche.
- S'habiller : mettre et enlever les vêtements nécessaires et habituellement portés, y compris les attelles pour les jambes.
- Se laver : la capacité de nettoyer la totalité de son corps à l'aide d'eau et de savon, y compris manipuler le mécanisme du robinet et de la douche, entrer dans la baignoire et en ressortir ainsi que se sécher.
- Se déplacer : se déplacer seul d'un endroit à un autre avec ou sans matériel d'aide à la marche.
- Utiliser les toilettes (incluant la capacité de maîtriser les fonctions de défécation et de miction) : utiliser les toilettes, les chaises percées ou les urinoirs.

Classification fonctionnelle selon la SCC, classe IV : patient avec une maladie cardiaque résultant en l'incapacité à faire quelque activité physique sans inconfort. Les symptômes d'insuffisance cardiaque et d'angine peuvent être présents même au repos. L'inconfort augmente en intensité avec l'activité physique.

Condition préexistante : une condition préexistante désigne toute condition pour laquelle l'adhérent ou la personne à charge a, au cours des vingt-quatre (24) mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de la présente garantie à son égard, consulté un médecin, reçu un traitement médical, ou des soins ou services médicaux, y compris des mesures diagnostiques pour tout symptôme ou problème médical conduisant à un diagnostic ou au traitement d'une maladie grave définie à l'Article III - Maladies graves admissibles.

Section I - Garantie d'assurance maladies graves (suite)

Délai de carence : désigne la période de temps continue qui doit s'écouler entre la date à laquelle une des **maladies graves admissibles** est établie et la date à laquelle le montant d'assurance est payable, du vivant de l'assuré. Le délai de carence pour les maladies graves est spécifié au Sommaire des garanties.

Article III – Maladies graves admissibles

À l'exception des brûlures, toutes les conditions mentionnées ci-dessous doivent résulter d'une maladie pour être admissible.

- 1) **Accident vasculaire cérébral (AVC) grave** : Lésion du cerveau fournissant une preuve objective mesurable de séquelle neurologique persistant plus de trente (30) jours, attribuable à une thrombose ou hémorragie intracrânienne ou à une embolie de source extracrânienne, à un degré justifiant la supervision constante d'un adulte pour assurer la santé et la sécurité de l'assuré, que ce dernier prenne des médicaments ou non, ou résultant en une incapacité à accomplir sans aide au moins deux des cinq activités de la vie quotidienne, tel que déterminé par un ergothérapeute approuvé par l'assureur.
- 2) **Brûlures** : Brûlures du troisième degré, survenues au cours d'un seul événement et couvrant au moins 20 % de la surface corporelle.
- 3) **Cancer constituant un danger de mort** : Preuve irréfutable de tumeur maligne, comme l'indique le rapport pathologique, caractérisée par la prolifération anarchique et incontrôlée de cellules malignes et envahissement des tissus avec métastases à distance et qui n'est pas spécifiée dans les exclusions ci-dessous, ou toute tumeur maligne (avec ou sans métastases) nommée ci-après ou affectant les parties du corps qui suivent :
 - a) cavité buccale
 - b) pharynx (incluant larynx)
 - c) oesophage
 - d) estomac
 - e) mélanome de stade IV
 - f) foie
 - g) pancréas
 - h) vésicule biliaire et canaux cholédoques
 - i) poumons et voies respiratoires

Exclusions spécifiques

Les conditions et types de cancer suivants sont exclus :

- a) tumeurs bénignes et polypes
 - b) lésions précancéreuses
 - c) cancer de la prostate de stade T1
 - d) cancer in-situ (cancer restant limité au tissu qui lui a donné naissance)
 - e) mélanome d'épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion au niveau IV ou V
 - f) carcinome baso-cellulaire et spino-cellulaire de la peau.
- 4) **Cécité** : Diagnostic sans équivoque confirmé par un ophtalmologiste approuvé par l'assureur, de la perte irréversible de la vue des deux yeux. Le déficit visuel doit être tel que :
 - a) l'acuité visuelle corrigée ne dépasse pas 20/200 pour les deux yeux, ou
 - b) le champ visuel reste inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.
 - 5) **Coma** : État d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue de 30 jours.

Section I - Garantie d'assurance maladies graves (suite)

- 6) Crise cardiaque grave : Crise cardiaque établie selon les symptômes et investigations diagnostiques, résultant en une classification fonctionnelle permanente selon la SCC d'au moins classe IV attestée par :
- a) une diminution de la fraction d'éjection (<40 %) telle qu'établie par l'échocardiogramme ou l'imagerie nucléaire, avec anomalies diffuses de la mobilité de la paroi et une fonction myocardique réduite confirmée par un test à l'effort, ou
 - b) dysfonction ventriculaire gauche sévère et/ou anévrisme ventriculaire gauche, diminution de la fraction d'éjection (<40 %) et maladie de l'artère coronaire principale gauche ou de trois vaisseaux (sténose >70 %), tel que confirmé par l'angiogramme.
- 7) Démence sénile : Diagnostic clinique sans équivoque, confirmé par un neurologue ou un gériatologue approuvés par l'assureur, d'une maladie dégénérative progressive du cerveau résultant en une détérioration importante du fonctionnement mental et social, tel que démontré par :
- a) une perte des capacités intellectuelles et des fonctions cognitives
 - b) un déficit de la mémoire et du jugement, et
 - c) un besoin constant de supervision par un adulte pour assurer la santé et la sécurité de l'assuré, que ce dernier prenne des médicaments ou non.
- 8) Insuffisance d'un organe vital : Insuffisance rénale, hépatique, pulmonaire ou cardiaque, incurable et terminale, à un stade avancé ou à évolution rapide, lorsque l'assuré n'est pas un candidat pour une transplantation, tel que déterminé par un médecin spécialiste approuvé par l'assureur.
- 9) Insuffisance d'un organe vital nécessitant une greffe : Insuffisance irréversible des reins, du foie, des poumons ou du cœur nécessitant la transplantation d'un nouvel organe. L'assuré doit être accepté dans un programme de transplantation que l'assureur juge satisfaisant.
- 10) Maladie d'Alzheimer : Diagnostic non équivoque d'une maladie dégénérative progressive du cerveau, posé par un neurologue ou un gériatologue approuvés par l'assureur, où il y a une détérioration importante du fonctionnement mental et social, tel que démontré par :
- a) une perte des capacités intellectuelles et des fonctions cognitives
 - b) un déficit de la mémoire et du jugement, et
 - c) un besoin constant de supervision par un adulte pour assurer la santé et la sécurité de l'assuré, que ce dernier prenne des médicaments ou non.
- 11) Maladie des motoneurones : Diagnostic non équivoque posé par un neurologue approuvé par l'assureur, résultant en l'incapacité d'accomplir sans aide au moins deux des cinq activités de la vie quotidienne, tel qu'évalué par un ergothérapeute approuvé par l'assureur.
- 12) Maladie de Parkinson : Diagnostic non équivoque de la maladie de Parkinson primitive idiopathique, posé par un neurologue approuvé par l'assureur, caractérisé par :
- a) un déficit neurologique nécessitant un besoin constant de supervision par un adulte pour assurer la santé et la sécurité de l'assuré, que ce dernier prenne des médicaments ou non, ou
 - b) l'incapacité d'accomplir sans aide au moins deux des cinq activités de la vie quotidienne, tel qu'évalué par un ergothérapeute approuvé par l'assureur.

Section I - Garantie d'assurance maladies graves (suite)

- 13) Paralysie : Perte totale et permanente de l'utilisation de deux membres ou plus, résultant d'un déficit neurologique accompagné d'une déficience objective mesurable qui ne peut être corrigé par chirurgie ni d'aucune autre façon, tel que diagnostiqué par le médecin spécialiste concerné, approuvé par l'assureur.
- 14) Perte de la parole : Perte totale et irréversible de la capacité de parler résultant d'une maladie physique, tel que diagnostiqué par le médecin spécialiste concerné, approuvé par l'assureur.
- 15) Sclérose en plaques : Diagnostic sans équivoque, posé par un neurologue approuvé par l'assureur, de la survenance d'au moins deux épisodes de déficit neurologique bien défini avec des anomalies neurologiques persistantes à un degré entraînant une incapacité d'accomplir sans aide au moins deux des cinq activités de la vie quotidienne, tel qu'évalué par un ergothérapeute approuvé par l'assureur.
- 16) Surdité : Diagnostic sans équivoque posé par un oto-rhino-laryngologiste approuvé par l'assureur, de la perte irréversible de l'ouïe des deux oreilles. Le déficit auditif doit être tel que les sons de 90 décibels ou moins ne peuvent être perçus.

Article IV - Exclusions et réductions de la garantie

- 1) Aucune prestation n'est payable si une maladie grave survient lorsque l'assuré commet ou se livre à toute activité criminelle, même si aucune accusation n'a été portée ou qu'il n'y a pas eu de condamnation.
- 2) Aucune prestation n'est payable pour toute maladie grave causée par ou résultant directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :
 - a) un accident, à l'exception des brûlures graves définies au point 2 de l'Article III – Maladies graves admissibles de la présente garantie; ou
 - b) une blessure que l'assuré s'est infligée intentionnellement ou une maladie qu'il a volontairement contractée, qu'il ait été sain d'esprit ou non; ou
 - c) une insurrection, une guerre (déclarée ou non), des actes hostiles de la part des forces armées de tout pays ou la participation à une émeute ou à un soulèvement populaire; ou
 - d) un accident ou blessure subie lors de la conduite d'un véhicule moteur avec un taux d'alcoolémie qui excède la limite légale dans la juridiction où l'accident est survenu. (Véhicule signifie tout moyen de transport tiré, propulsé ou conduit par n'importe quel moyen et comprend entre autre l'automobile, le camion, la motocyclette, le cyclomoteur, la bicyclette, la motoneige et le bateau.)
- 3) La présente garantie ne s'applique pas lorsque la maladie grave admissible résulte d'une condition préexistante, sauf si cette maladie grave survient après vingt-quatre (24) mois consécutifs de protection.

Cette clause ne s'applique pas à un enfant né pendant que la protection familiale est en vigueur.

Section I - Garantie d'assurance maladies graves (suite)

Article V – Exonération des primes

Sous réserve des dispositions à l'Article XXIII des Stipulations générales du présent contrat, lorsque les primes d'assurance vie de base de l'adhérent sont exonérées en raison de l'invalidité de l'adhérent, les primes pour la Garantie d'assurance maladies graves sont également exonérées, pour une période d'un (1) an à partir de son dernier jour de travail. Cependant la résiliation du contrat met fin à l'exonération des primes pour l'assurance maladies graves.

Article VI - Fin de la garantie

- 1) Cette garantie, à l'égard des personnes à charge assurées, le cas échéant, prend fin à la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge mentionné au Sommaire des garanties.
- 2) Cette garantie à l'égard du conjoint, prend fin à la première des dates suivantes :
 - la date à laquelle il atteint l'âge spécifié au Sommaire des garanties;
 - la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge spécifié au Sommaire des garanties.

Section J - Garantie d'assurance salaire de courte durée

Article I - Objet de la garantie

Sous réserve des dispositions de la présente garantie et de celles du contrat, lorsqu'un adhérent devient totalement invalide à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'assureur verse à celui-ci les prestations hebdomadaires selon la catégorie d'adhérents à laquelle il appartient, jusqu'à concurrence du montant et de la durée maximale mentionnés au Sommaire des garanties.

Le versement des prestations est effectué pour chaque jour d'invalidité totale à des intervalles hebdomadaires calculés à compter de l'expiration du délai de carence.

Si le délai de carence est exprimé en jours civils, la prestation pour chaque jour d'invalidité totale est égale à 1/7 de la prestation hebdomadaire.

Si le délai de carence est exprimé en jours ouvrables, la prestation pour chaque jour ouvrable d'invalidité totale est égale à 1/5 de la prestation hebdomadaire.

Si la présente garantie est non intégrée à la Commission de l'assurance-emploi Canada, tel qu'il est indiqué dans le Sommaire des garanties, le délai exprimé en jours ouvrables ne doit jamais avoir pour effet de prolonger le délai de carence au-delà de quatorze (14) jours civils.

Article II - Définitions complémentaires

- 1) **Invalidité totale** désigne tout état d'incapacité, résultant d'un accident ou d'une maladie, exigeant des soins médicaux continus dès le début de l'invalidité et qui empêche absolument l'adhérent d'accomplir les tâches régulières de son propre emploi.

Une invalidité totale débutant plus de trente (30) jours après un accident est considérée comme résultant d'une maladie.

- 2) **Délai de carence** désigne la période constituée par les premières journées consécutives d'une invalidité totale pour lesquelles aucune prestation en vertu de la présente garantie n'est payable. Le délai de carence en jours civils ou jours ouvrables est mentionné au Sommaire des garanties.
- 3) **Période maximale** désigne le nombre maximal de semaines durant lesquelles les prestations sont payables, tel que spécifié au Sommaire des garanties. Lorsque la présente garantie est intégrée à la Commission de l'assurance-emploi du Canada, selon l'indication au Sommaire des garanties, la période maximale inclut le nombre de semaines durant lesquelles des prestations sont payables par cette Commission.
- 4) **Hospitalisation** désigne l'admission et le séjour dans un hôpital comme patient alité. La chirurgie d'un jour est considérée comme une hospitalisation aux fins de cette garantie.
- 5) **Chirurgie d'un jour** désigne une chirurgie effectuée dans une unité de soins ambulatoires ou une unité de chirurgie d'un jour d'un hôpital et nécessitant une anesthésie générale ou locale.

Section J - Garantie d'assurance salaire de courte durée (suite)

Article III - Récidive d'invalidité (après le délai de carence)

Après le délai de carence, des périodes successives d'invalidité, attribuables à la même cause ou à des causes connexes, sont considérées comme une même période d'invalidité, à moins qu'elles ne soient séparées par au moins deux (2) semaines consécutives de travail à raison du minimum d'heures requis. Des périodes successives d'invalidité dues à des causes complètement indépendantes sont considérées comme une même période d'invalidité, à moins que l'adhérent ne soit totalement rétabli de la première invalidité au moment où débute la deuxième et qu'il n'ait repris son travail à raison du minimum d'heures requis, pendant au moins un (1) jour entier.

Lorsque des périodes successives d'invalidité sont considérées comme une seule et même période, le versement des prestations n'est pas assujéti à un nouveau délai de carence. Les prestations versées sont égales aux précédentes et elles sont payables pour une période ne pouvant dépasser la durée non courue de la période maximale d'indemnisation prévue à l'origine.

Article IV - Exclusions et réductions

- 1) Les prestations hebdomadaires payables en vertu de cette garantie sont réduites d'un montant égal aux indemnités versées :
 - a) par tout régime provincial d'assurance automobile qui ne prend pas en compte les prestations versées par la Commission de l'assurance-emploi dans le versement de ses indemnités;
 - b) en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada;
 - c) en vertu de tout régime d'avantages sociaux établi par l'employeur, tel que défini dans la Loi de l'impôt sur le revenu.
- 2) Les prestations hebdomadaires sont réduites 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 énoncés ci-dessus.
- 3) Aucune prestation hebdomadaire n'est payable au cours de l'une ou l'autre des périodes suivantes :
 - a) la période d'invalidité durant laquelle l'adhérent reçoit ou a le droit de recevoir des prestations de la Commission de la santé et de la sécurité du travail ou de tout régime similaire;
 - b) lorsque la présente garantie est intégrée à la Commission de l'assurance-emploi du Canada, la période d'invalidité qui relève de cette Commission, si l'adhérent est admissible aux prestations versées par cette Commission;
 - c) la période durant laquelle l'adhérent est en vacances payées;
 - d) la période durant laquelle l'adhérent reçoit ou a le droit de recevoir une rémunération de son employeur;
 - e) la période pour laquelle l'adhérente reçoit des prestations de maternité ou des prestations parentales en vertu d'une loi provinciale ou fédérale;
 - f) le congé de maternité ou congé parental pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou à une entente entre l'adhérent et son employeur;

Section J - Garantie d'assurance salaire de courte durée (suite)

- g) la période au cours de laquelle l'adhérent est en mise à pied temporaire.
- 4) Cette garantie ne s'applique pas pour toute invalidité totale qui résulte directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :
 - a) blessure volontaire en quelque état d'esprit qu'ait été l'adhérent;
 - b) blessure subie pendant la participation active de l'adhérent à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, sauf dans l'accomplissement de ses fonctions;
 - c) blessure subie durant une guerre, déclarée ou non.
- 5) Cette garantie ne s'applique pas pour toute invalidité totale débutant au cours d'un congé autorisé, d'une suspension disciplinaire sans solde ou d'un emprisonnement.
- 6) Cette garantie ne s'applique pas lorsque l'adhérent commet ou tente de commettre un acte criminel.
- 7) Si l'invalidité survient au cours d'un congé de maternité, d'un congé parental ou d'un retrait préventif et à la condition que la garantie ait été maintenue en vigueur (conformément à l'Article CONTINUITÉ DE L'ASSURANCE de la Section A STIPULATIONS GÉNÉRALES du contrat) et que les primes aient été versées à l'assureur durant la période d'absence, le délai de carence débutera le premier jour de l'invalidité mais les prestations ne pourront être versées avant l'expiration de ce délai de carence, ni avant la date prévue de retour au travail, tel que mentionné par écrit à l'assureur avant le début de l'absence.
- 8) Si l'invalidité survient au cours d'une mise à pied temporaire au cours de laquelle la présente garantie est demeurée en vigueur (conformément à l'Article CONTINUITÉ DE L'ASSURANCE de la Section A - STIPULATIONS GÉNÉRALES du contrat) et à condition que les primes aient été versées à l'assureur durant la période d'absence, le délai de carence débutera à la date prévue du retour au travail tel que mentionné par écrit à l'assureur avant le début de l'absence et à la condition que l'adhérent soit toujours totalement invalide à cette date.

Article V - Programme de réadaptation

Si, pendant qu'il reçoit des prestations hebdomadaires en vertu de la présente garantie, l'adhérent participe à un programme de réadaptation, avec l'approbation de l'assureur :

- a) l'invalidité totale ne sera pas réputée avoir pris fin pour la seule raison que l'adhérent participe à ce programme;
- b) si, pendant qu'il participe à ce programme, l'adhérent redevient totalement invalide, les conditions du présent contrat s'appliqueront de nouveau à l'égard de l'adhérent, tout comme s'il était demeuré totalement invalide pendant le programme de réadaptation;
- c) le nombre maximal de semaines pendant lesquelles des prestations sont payables au cours de toute période d'invalidité totale continuera de s'appliquer même si l'adhérent participe à un programme de réadaptation approuvé;
- d) tant que l'adhérent participera à ce programme, l'assureur réduira les prestations hebdomadaires dans la mesure nécessaire pour que le revenu total de l'adhérent provenant de toutes sources n'excède pas 100 % de son revenu avant l'invalidité.

Section J - Garantie d'assurance salaire de courte durée (suite)

Article VI - Perte du droit aux prestations

Le droit aux prestations d'un adhérent totalement invalide est révoqué à la première des éventualités qui survient parmi les suivantes :

- 1) le dernier à survenir des événements suivants : la date du soixante-dixième (70^e) anniversaire de naissance de l'adhérent ou, dans le cas où le régime est non intégré à la Commission de l'assurance-emploi du Canada (CAEC), la fin d'une période de quinze (15) semaines de prestations,
- 2) le refus de se soumettre à un examen médical demandé par l'assureur,
- 3) le défaut de produire les preuves satisfaisantes de persistance de l'invalidité à l'assureur,
- 4) l'exercice d'une occupation rémunératrice, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation;
- 5) lorsque la durée maximale des prestations est atteinte, conformément au Sommaire des garanties;
- 6) lorsque l'adhérent refuse de participer à un programme de réadaptation qui, selon l'assureur, lui est approprié.

Article VII - Primes exigées au cours de l'invalidité

Pendant toute période au cours de laquelle l'adhérent reçoit des prestations en vertu de la présente garantie ou en vertu de tout régime mentionné dans les articles ci-dessus, les primes doivent être payées à l'assureur de la manière habituelle.

Toutefois, si l'employé n'est pas retourné au travail à la fin du délai de carence de la Garantie d'assurance salaire de longue durée, la présente garantie prendra fin à l'égard de l'adhérent et les primes relatives à la présente garantie ne seront plus exigées par l'assureur. La présente garantie sera remise en vigueur à l'égard de l'adhérent lorsque celui-ci sera considéré comme étant effectivement au travail et les primes seront exigées le premier jour du mois qui suit son retour au travail.

Article VIII - Fin de la garantie

Cette garantie prend fin à la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge mentionné dans le Sommaire des garanties.

Section K - Garantie d'assurance salaire de longue durée

Article I - Objet de la garantie

Sous réserve des dispositions de la présente garantie et de celles du contrat, lorsqu'un adhérent devient totalement invalide à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'assureur verse à celui-ci les prestations mensuelles selon la catégorie d'adhérents à laquelle il appartient, jusqu'à concurrence du montant et de la durée maximale mentionnés au Sommaire des garanties.

Le versement des prestations est effectué pour chaque jour d'invalidité totale à des intervalles mensuels calculés à compter de l'expiration du délai de carence, le premier versement devenant dû le dernier jour du mois au cours duquel le délai de carence a pris fin et le dernier jour de chaque mois par la suite.

Le versement de la prestation, pour chaque jour d'invalidité totale, est égal à 1/30 de la prestation mensuelle.

Article II - Définitions complémentaires

1) Invalidité totale désigne :

- a) l'état d'incapacité totale et continue, résultant d'une maladie ou d'un accident, qui empêche l'adhérent, pendant le délai de carence et la période de vingt-quatre (24) mois qui suit immédiatement la fin du délai de carence, d'accomplir les tâches régulières de son propre emploi; et
- b) par la suite, l'état d'incapacité totale et continue, résultant d'une maladie ou d'un accident, qui empêche l'adhérent d'accomplir les tâches régulières de toute occupation :
 - qui lui permettrait de gagner au moins 60 % de son revenu avant le début de l'invalidité totale et
 - qu'il est raisonnablement apte à exercer (ou pourrait le devenir) de par sa formation, son éducation et son expérience.

Les tâches régulières désignent les activités reliées au travail qui sont jugées essentielles au rendement de l'employé et auxquelles il consacre, toute proportion gardée, la majeure partie de son temps.

La disponibilité de l'occupation ou du travail ne sera pas prise en considération à l'analyse de l'invalidité.

La perte d'un permis, d'une licence ou d'une certification professionnelle ne constitue pas, en soi, une invalidité.

2) Délai de carence désigne la période de temps qui doit s'écouler entre le début de l'invalidité totale et la date à laquelle commence le versement des prestations d'assurance salaire de longue durée à l'adhérent invalide. Le délai de carence est spécifié au Sommaire des garanties.

Lorsque l'invalidité n'est pas continue, les jours pendant lesquels l'adhérent est totalement invalide peuvent être accumulés afin de satisfaire le délai de carence, pourvu que

- a) la protection demeure en vigueur durant l'accumulation du délai de carence;

Section K - Garantie d'assurance salaire de longue durée (suite)

- b) aucune interruption ne soit supérieure à trente (30) jours;
- c) les invalidités découlent de la même cause ou d'une cause connexe;
- d) chaque période d'invalidité totale soit complétée dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant le début du délai de carence, ou tel qu'approuvé par l'assureur si le délai est plus long.

Article III - Récidive d'invalidité après le délai de carence

Toutes les périodes successives d'invalidité totale séparées par moins de six (6) mois d'emploi actif et continu sont considérées comme une seule et même période d'invalidité, à moins que l'invalidité totale subséquente ne soit due à une maladie ou un accident entièrement indépendant de la cause de l'invalidité précédente et ne commence qu'après le retour de l'adhérent à son travail de façon active et continue. Lorsque des périodes successives d'invalidité sont considérées comme une seule et même période, le versement des prestations n'est pas assujéti à un nouveau délai de carence. Les prestations versées sont égales aux précédentes et elles sont payables pour une période ne pouvant dépasser la durée non courue de la période maximale d'indemnisation prévue à l'origine.

Article IV - Exclusions et réductions de la garantie

1) Réduction directe des prestations

Les prestations mensuelles payables en vertu de cette garantie sont réduites des montants auxquels a droit l'adhérent pour lui-même, à l'exclusion des prestations pour les enfants,

- a) en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada;
- b) en vertu de toute Loi sur la santé et la sécurité du travail;
- c) en vertu de tout régime provincial d'assurance automobile, s'il y a lieu;
- d) en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi du Canada;
- e) en vertu de toute autre loi fédérale ou provinciale.

Toutefois, le montant de toute augmentation sur les prestations d'invalidité payables en vertu des lois et régimes énoncés ci-dessus, accordé en guise de rajustement en fonction du coût de la vie, ne fait pas l'objet de la présente clause de réduction directe.

Les prestations mensuelles seront réduites 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 énoncés ci-dessus.

2) Réduction indirecte des prestations (Coordination des prestations)

- a) Si le montant des prestations mensuelles payables en vertu de la présente garantie, ou
- b) si la somme des prestations mensuelles payables (après réduction directe en vertu de l'alinéa précédent, s'il y a lieu) et des montants suivants :
 - revenu provenant d'un régime d'avantages sociaux établi par l'employeur;
 - revenu provenant d'un régime en vertu duquel l'adhérent est assuré comme membre d'une association;

Section K - Garantie d'assurance salaire de longue durée (suite)

- revenu provenant d'un régime d'avantages sociaux établi conformément à toute loi provinciale ou fédérale, y compris les sources de revenus mentionnées à l'alinéa 1) (à l'exclusion de toute augmentation subséquente de tels revenus provenant de l'indexation);
- toute rente de retraite provenant de quelque source que ce soit

excède 85 % de son **revenu avant le début de l'invalidité**, les prestations mensuelles payables en vertu de la présente garantie sont réduites de façon à ce que ce pourcentage ne soit pas dépassé.

3) Somme globale

Si le paiement des revenus mentionnés aux paragraphes 1) **Réduction directe des prestations** et 2) **Réduction indirecte des prestations** est modifié de sorte que les revenus soient versés en une somme globale, l'assureur établit le montant à réduire des prestations de la façon suivante :

- a) si l'assureur connaît le nombre de versements mensuels utilisé pour établir la somme globale, il établira le montant à réduire des prestations en divisant la somme globale par le nombre de versements mensuels;
- b) si l'assureur ne connaît pas le nombre de versements mensuels utilisé pour établir la somme globale payée, il prendra pour acquis que ladite somme globale est égale à soixante (60) versements mensuels égaux, et établira le montant à réduire des prestations en divisant la somme globale par soixante (60).

4) Programme de réadaptation

Si, pendant qu'il reçoit des prestations mensuelles en cas d'invalidité totale, l'adhérent participe à un programme de réadaptation, sous la surveillance de son médecin et avec l'approbation de l'assureur :

- a) l'invalidité totale ne sera pas réputée avoir pris fin pour la seule raison que l'adhérent participe à ce programme;
- b) les prestations mensuelles payables par l'assureur à l'adhérent sont réduites de 50 % de la rémunération mensuelle reçue en vertu de ce programme;
- c) si, pendant qu'il participe à ce programme, l'adhérent redevient totalement invalide, les conditions du présent contrat s'appliqueront de nouveau à l'égard de l'adhérent, tout comme s'il était demeuré totalement invalide pendant la réadaptation;
- d) le nombre maximal de mois pendant lesquels des prestations sont payables au cours de toute période d'invalidité totale continuera de s'appliquer même si l'adhérent participe à un programme de réadaptation approuvé;
- e) tant que l'adhérent participera à ce programme, l'assureur réduira ses prestations mensuelles dans la mesure nécessaire pour que son revenu total provenant de toutes sources n'excède pas 100 % de son revenu avant le début de l'invalidité.

Section K - Garantie d'assurance salaire de longue durée (suite)

5) La présente garantie ne s'applique pas si l'invalidité totale résulte, directement ou indirectement, de l'une des causes suivantes :

- a) blessure volontaire, en quelque état d'esprit qu'ait été l'adhérent;
- b) blessure subie pendant la participation active de l'adhérent à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection;
- c) blessure subie durant une guerre, déclarée ou non;
- d) blessure subie suite à une envolée ou tentative d'envolée à bord de tout type d'aéronef si l'adhérent est un membre de l'équipage, ou s'il assume toute fonction liée au vol.

6) Conditions préexistantes :

La présente garantie ne s'applique pas lorsque l'invalidité survient au cours des douze (12) premiers mois suivant l'entrée en vigueur de l'assurance et qu'elle résulte d'une maladie ou d'un accident pour lequel l'adhérent a reçu des traitements dans la période de trois (3) mois précédant la date d'entrée en vigueur de son assurance, à moins que l'adhérent n'ait été assuré en vertu d'une garantie semblable prévue par un contrat collectif antérieur qui a pris fin dans les trente et un (31) jours qui ont précédé la date de prise d'effet de la présente garantie.

Traitement désigne une maladie ou une blessure pour laquelle l'adhérent a consulté un médecin, reçu des traitements, conseils, soins ou services médicaux (y compris des mesures diagnostiques) ou a reçu une prescription pour des médicaments.

7) La présente garantie ne s'applique pas lorsque l'adhérent commet ou tente de commettre un acte criminel.

8) Si l'invalidité survient au cours d'un congé de maternité, d'un congé parental ou d'un retrait préventif et à la condition que la garantie ait été maintenue en vigueur (conformément à l'Article CONTINUITÉ DE L'ASSURANCE de la Section A STIPULATIONS GÉNÉRALES du contrat) et que les primes aient été versées à l'assureur durant la période d'absence, le délai de carence débutera le premier jour de l'invalidité mais les prestations ne pourront être versées avant l'expiration de ce délai de carence, ni avant la date prévue de retour au travail, tel que mentionné par écrit à l'assureur avant le début de l'absence.

9) Si l'invalidité survient au cours d'une mise à pied temporaire au cours de laquelle la présente garantie est demeurée en vigueur (conformément à l'Article CONTINUITÉ DE L'ASSURANCE de la Section A - STIPULATIONS GÉNÉRALES du contrat) et à condition que les primes aient été versées à l'assureur durant la période d'absence, le délai de carence débutera à la date prévue du retour au travail tel que mentionné par écrit à l'assureur avant le début de l'absence et à la condition que l'adhérent soit toujours totalement invalide à cette date.

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

- a) période pour laquelle l'adhérente reçoit des prestations de maternité en vertu d'une loi provinciale ou fédérale;
- b) congé de maternité ou congé parental pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou à une entente entre l'adhérent et son employeur.

Section K - Garantie d'assurance salaire de longue durée (suite)

Article V - Cessation des prestations

Le droit aux prestations d'un adhérent totalement invalide est révoqué à la première des éventualités qui survient parmi les suivantes :

- 1) lorsque l'adhérent ne satisfait plus à la définition d'invalidité prévue dans la présente garantie;
- 2) lorsque la durée maximale des prestations est atteinte, conformément au Sommaire des garanties;
- 3) au soixante-cinquième (65^e) anniversaire de naissance de l'adhérent;
- 4) lorsque l'adhérent refuse de se soumettre à un examen médical demandé par l'assureur;
- 5) le défaut par l'adhérent de produire les preuves satisfaisantes de persistance de l'invalidité à l'assureur;
- 6) le jour où l'adhérent est retraité;
- 7) à la date à laquelle l'adhérent refuse de participer à un programme de réadaptation que l'assureur juge raisonnable et approprié;
- 8) l'exercice d'une profession rémunératrice, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation;
- 9) lorsque l'adhérent déménage ou vit temporairement hors du Canada, à moins d'accord préalable de l'assureur lorsque l'adhérent en fait la demande écrite.

Article VI – Indexation au coût de la vie

La présente clause d'indexation s'applique lorsqu'elle est prévue au Sommaire des garanties.

Le montant de la prestation mensuelle versée à un employé totalement invalide sera majoré au mois de janvier de chaque année suivant cent quatre-vingts (180) jours de prestations payées, en procédant au calcul suivant :

- 1) le montant de l'augmentation est calculé en se servant du rapport obtenu en divisant l'indice moyen des prix à la consommation pour le Canada pour la période de douze (12) mois consécutifs se terminant le trente et un (31) octobre de l'année précédente par celui de la période correspondante de l'année qui précédait celle-ci.
- 2) Le rapport établi au paragraphe 1) sera modifié de façon à ce qu'il ne soit pas inférieur à 1,0 et qu'il n'excède pas le pourcentage d'indexation au coût de la vie prévu au Sommaire des garanties.
- 3) La prestation indexée à compter du mois de janvier est égale à la prestation mensuelle nette qui aurait été versée à l'adhérent, multipliée par le rapport (arrondi à la troisième décimale) calculé au paragraphe 2) ci-dessus.
- 4) Le montant maximal de prestation prévu au Sommaire des garanties ne doit pas influencer sur l'indexation au coût de la vie établi conformément à cette section.
- 5) Toutes les limites relatives aux sources de revenu spécifiées à l'article IV – Exclusions et réductions de la garantie, paragraphe 2) Réduction des prestations, seront calculées en faisant abstraction de la présente disposition relative à l'indexation au coût de la vie.

Section K - Garantie d'assurance salaire de longue durée (suite)

Article VII - Fin de la garantie

Cette garantie prend fin à la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge spécifié au Sommaire des garanties.

POSACTION PLUS, le programme de gestion de l'invalidité rattaché à la présente garantie, est décrit en annexe du contrat.

Section L - Garantie d'assurance santé - Assurance médicaments

Article I - Objet de l'Assurance médicaments

Cette assurance couvre les frais de **médicaments admissibles** engagés à la suite d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident, sous réserve de la franchise et du pourcentage de remboursement indiqués au Sommaire des garanties.

Les frais admissibles sont réputés être engagés le jour où les soins sont rendus ou les produits fournis. Les prestations sont payables à l'adhérent.

Article II - Modalités de règlement

1) Franchise

La franchise, s'il y en a une, est la partie des frais admissibles qui doit être payée par l'adhérent, ou par l'ensemble d'une même famille assurée, avant que l'assureur n'effectue un paiement quelconque en vertu du contrat. La franchise s'applique par médicament prescrit ou par année civile, tel que spécifié au Sommaire des garanties.

Option année civile

Si l'option année civile a été choisie, la franchise s'applique comme suit :

- Il n'y a qu'une seule franchise à satisfaire pour l'Assurance médicaments et l'Assurance accident/maladie (décrite dans la section qui suit), à moins d'indication contraire au Sommaire des garanties.
- Les frais admissibles, engagés au cours des trois (3) derniers mois d'une année civile et qui satisfont en totalité ou en partie la franchise pour cette année-là, servent à satisfaire ou à réduire, selon le cas, la franchise de l'année civile suivante.

2) Pourcentage de remboursement

Le pourcentage de remboursement est indiqué au Sommaire des garanties. Lorsque, dans toute année civile, l'adhérent a, pour des médicaments admissibles, déboursé (en franchise et en coassurance, le cas échéant) la somme équivalant à la contribution maximale fixée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), que ce soit pour lui-même ou pour ses personnes à charge, les montants déboursés ultérieurement dans cette même année civile pour des médicaments admissibles sont remboursables à 100 % par l'assureur.

3) Maximums

Les montants maximums mentionnés au Sommaire des garanties et dans la présente section sont applicables à chaque assuré d'une même famille, sauf stipulation contraire.

Section L - Garantie d'assurance santé - Assurance médicaments (suite)

Article III - Frais admissibles

Les **frais admissibles** sont ceux compris dans les points 1), 2) et 3) qui suivent :

- 1) les frais de médicaments et produits payables en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments, tels qu'inscrits sur la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et fournis par un pharmacien sur l'ordonnance d'un médecin, d'un résident en médecine ou d'un dentiste. Ces frais de médicaments doivent être engagés au Canada.

Certains de ces médicaments ne sont toutefois couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par règlement, entre autres dans le cas des médicaments d'exception.

- 2) tout médicament non inclus dans la liste de la Régie mais qui est compris dans la « **liste régulière** » de médicaments dressée par l'assureur, telle que définie ci-après.

La **liste régulière** comprend les frais usuels et raisonnables de médicaments ou de produits achetés au Canada et dispensés par un pharmacien (ou par un médecin ou un dentiste autorisés dans une localité où il n'y a pas de pharmacien), qui ne peuvent s'obtenir que sur l'ordonnance écrite d'un médecin, d'un dentiste ou d'un podiatre, qui sont utilisés en cas de grossesse, de maladie ou d'accident et dont la quantité ne dépasse pas une provision de trente (30) jours. Le médicament ou produit prescrit doit être commercialisé en vertu du règlement sur les aliments et drogues de la loi canadienne, doit porter un numéro d'identification D.I.N. (Drug Identification Number), doit être utilisé conformément aux indications officielles pour lesquelles il est autorisé et doit faire partie de la liste dressée et maintenue à jour par l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (A.Q.P.P.).

Sont également inclus :

- les médicaments contre la stérilité, sous réserve du remboursement maximum viager spécifié au Sommaire des garanties,
 - les vaccins préventifs, (si indiqués au Sommaire des garanties de chacun des modules) sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties,
 - les médicaments pouvant être injectés et sérums prescrits par un médecin dans le but de traiter une maladie. Dans le cas des injections sclérosantes à des fins médicales, seul le coût du médicament injecté est couvert, et le remboursement maximum par visite est spécifié au Sommaire des garanties,
 - les seringues, les aiguilles, les dispositifs à lancettes, les aiguilles pour stylo-injecteur, les fournitures d'analyse d'urine, les tampons alcoolisés, les bâtonnets réactifs destinés au contrôle du diabète ainsi que la chambre de retenue et l'inhalateur.
- 3) Certains médicaments qui sont nécessaires à la survie de l'assuré ou au traitement d'une maladie chronique clairement diagnostiquée, principalement dans les cas de troubles cardiaques, troubles pulmonaires, diabète, arthrite, maladie de Parkinson, épilepsie, fibrose kystique et glaucome. Une demande de règlement peut alors être soumise avec, à l'appui, une ordonnance et une déclaration écrite du médecin indiquant le diagnostic et la période pour laquelle les médicaments sont prescrits.

Section L - Garantie d'assurance santé - Assurance médicaments (suite)

Article IV - Exclusions et réductions de la garantie

1) Exclusions applicables à l'alinéa 2) de l'ARTICLE III - FRAIS ADMISSIBLES

Les frais engagés pour les produits ou médicaments suivants sont exclus :

- produits pour l'entretien des lentilles cornéennes;
- contraceptifs (autres qu'oraux);
- protéines ou suppléments diététiques, acides aminés;
- préparations alimentaires pour nourrissons;
- produits de toilette y compris les savons, les émoullients;
- substances adoucissantes et protectrices pour la peau;
- auxiliaires anti-tabagiques (en excédent des montants admissibles en vertu de l'alinéa 1) de l'Article III de la présente garantie);
- minéraux;
- produits homéopathiques;
- stimulants pour la pousse des cheveux;
- médicaments servant à traiter les troubles de la fonction érectile, ainsi que tous les stimulants sexuels;
- stéroïdes anabolisants;
- hormones de croissance;
- médicaments et injections reliés aux cures d'amaigrissement;
- médicaments administrés à des fins expérimentales;
- médicaments et matériaux utilisés en chirurgie;
- vaccins, sauf lorsque mentionnés au Sommaire des garanties;
- médicaments ou formes de médicaments visant essentiellement à améliorer la qualité de la vie et n'ayant pas d'indication thérapeutique;
- rince-bouche, pansements, sirops et pastilles; *
- shampooings, huiles, crèmes; *
- vitamines et multivitamines; *
- suppléments ou vitamines prénataux; *

* ces éléments sont toutefois couverts lorsqu'ils ne peuvent être obtenus que sur l'ordonnance d'un médecin, comme l'exige Santé Canada.

- 2) Les frais engagés en raison d'une maladie ou d'un accident couvert par toute commission de la santé et de la sécurité au travail ou par tout régime provincial d'assurance automobile, le cas échéant, ne sont pas couverts.
- 3) Services, soins ou produits que l'assuré reçoit gratuitement.
- 4) Frais de médicaments remboursables en vertu de l'ASSURANCE VOYAGE faisant partie du présent contrat.

Section L - Garantie d'assurance santé - Assurance médicaments (suite)

5) Limitation

Pour l'application de la présente garantie, tous les assurés sont considérés comme étant assurés en vertu des lois sur l'assurance-hospitalisation et sur l'assurance maladie du Québec, ou de toute autre province et, en aucun cas, les sommes versées par l'assureur ne dépasseront celles qui l'auraient été si l'assuré avait été assuré en vertu de ces lois, sauf stipulation contraire.

Article V - Généralités

(Applicable aux résidents du Québec)

Lorsqu'ils atteignent soixante-cinq (65) ans, l'adhérent et son conjoint ont une décision à prendre relativement à la couverture de leurs médicaments.

Décision d'adhérer au régime de la RAMQ à 65 ans

L'adhérent ou son conjoint qui atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans **peut choisir** de s'assurer en vertu du régime général d'assurance médicaments créé en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments (régime de la RAMQ), plutôt que de maintenir la couverture complète des médicaments du régime d'assurance collective. **Ce choix est alors irrévocable.**

Si, à soixante-cinq (65) ans, l'adhérent décide d'adhérer au régime de la RAMQ, lui-même et ses personnes à charge, quel que soit leur âge, ne sont plus admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance collective (sauf la couverture complémentaire décrite aux points 1. et 2. ci-dessous).

De même, si le conjoint décide, à soixante-cinq (65) ans, d'adhérer au régime de la RAMQ, il ne sera plus admissible à des prestations en vertu du régime d'assurance collective (sauf la couverture complémentaire décrite aux points 1. et 2. ci-dessous).

Toutefois, l'adhérent et ses personnes à charge qui ont adhéré au régime de la RAMQ demeurent couverts pour les frais décrits ci-dessous en vertu du régime d'assurance collective (sous réserve de l'application d'une surprime, si le tableau des primes du contrat en fait mention) :

1. la franchise et la coassurance déboursées par l'assuré en vertu du régime de la RAMQ; et
2. **sujet à la franchise et au pourcentage de remboursement mentionnés au Sommaire des garanties pour les médicaments** : le remboursement de tous les médicaments qui n'apparaissent pas sur la liste du régime public, mais qui sont couverts dans la liste de l'assureur.

Décision de se désister de la RAMQ à 65 ans

Lorsqu'un résident du Québec atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans, la RAMQ l'inscrit automatiquement comme bénéficiaire de son régime d'assurance médicaments. L'adhérent ou le conjoint qui atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans **doit donc annuler son inscription** au régime de la RAMQ pour conserver une pleine couverture des médicaments en vertu du régime d'assurance collective. Les modalités relatives à la surprime (s'il y en a une) sont indiquées dans le Tableau des primes remis au preneur à la date d'entrée en vigueur du contrat ou, après la date d'entrée en vigueur du contrat, dans les conditions de renouvellement des taux émises par l'assureur.

Si un adhérent est exonéré du paiement de ses primes relativement à l'Assurance médicaments et que son exonération se termine en raison du fait qu'il atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans, il peut choisir de maintenir la couverture des médicaments à son égard et à l'égard de ses personnes à charge, à condition qu'il continue de répondre aux critères d'admissibilité prévus au contrat et sous réserve du paiement des primes.

Section L - Garantie d'assurance santé - Assurance médicaments (suite)

Article VI - Prestations aux survivants

Advenant le décès de l'adhérent, ses personnes à charge continuent d'être assurées en vertu de la présente section, sans paiement de primes. Cependant, l'assurance se termine à la première des dates suivantes :

- la date de résiliation du contrat;
- vingt-quatre (24) mois après la date du décès de l'adhérent;
- la date de prise d'effet d'une assurance semblable auprès d'un autre assureur;
- la date à laquelle les personnes à charge cessent d'être des personnes à charge admissibles, pour des raisons autres que le décès de l'adhérent.

Section M - Garantie d'assurance santé - Assurance accident/maladie Applicable au Canada

Article I - Objet de l'Assurance accident/maladie

Sous réserve des dispositions de la présente garantie et de celles du contrat, lorsqu'un adhérent ou l'une de ses personnes à charge assurées engage des frais à la suite d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident, l'assureur rembourse les FRAIS ADMISSIBLES décrits à l'Article V, selon les modalités de règlement, tel qu'il est prévu au Sommaire des garanties, à la condition qu'ils soient engagés au Canada (sauf pour la couverture « Patients dirigés hors Canada »).

Article II - Conditions préalables au versement des prestations

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant qu'un adhérent ou qu'une personne à charge, alors assurés en vertu de l'Assurance accident/maladie, a engagé des FRAIS ADMISSIBLES :

- 1) qui étaient usuels, raisonnables et coutumiers;
- 2) nécessaires du point de vue médical, et
- 3) qui, sous réserve de disposition contraire, ont été préalablement recommandés par un médecin,

l'assureur rembourse la partie de ces frais qui excède la franchise, s'il y en a une, sous réserve du pourcentage de remboursement et des restrictions indiqués au Sommaire des garanties, ainsi que des autres dispositions du contrat.

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

Article III - Définitions complémentaires

- 1) **Hôpital** désigne un centre hospitalier (CH) de soins de courte durée tel qu'établi en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, à l'exclusion de toute partie d'un tel centre réservée aux soins de longue durée.

Le terme « hôpital » exclut les hôpitaux psychiatriques, les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD), les hôpitaux antituberculeux, les sanatoriums, les centres d'accueil, les maisons de repos, les maisons de retraite, les stations thermales, les dispensaires, de même que les autres établissements ou parties d'établissements dont le but est de dispenser des soins de garde.

- 2) **Maison de convalescence** désigne un établissement agréé et exploité conformément à une loi provinciale ou fédérale offrant des soins infirmiers 24 heures sur 24 et exigeant que chaque patient soit sous les soins directs d'un médecin. L'établissement ne doit pas être utilisé principalement comme maison de maternité, centre d'accueil, établissement psychiatrique, foyer pour personnes âgées, aveugles ou sourdes, ni dispenser des soins aux alcooliques ou aux toxicomanes.
- 3) **Prothèse** désigne un appareil destiné à remplacer, en tout ou en partie, un membre ou un organe.
- 4) **Orthèse** désigne un appareil appliqué à un membre ou à une partie du corps pour corriger une déficience fonctionnelle.

Section M - Garantie d'assurance santé - Assurance accident/maladie (suite) Applicable au Canada

Article IV - Modalités de règlement

1) Franchise

La franchise est la partie des frais admissibles qui doit être payée par l'adhérent, ou par l'ensemble d'une même famille assurée, avant que l'assureur n'effectue un paiement quelconque en vertu du contrat. La franchise indiquée au Sommaire des garanties ne s'applique qu'une fois par année civile et elle est combinée avec celle de l'Assurance médicaments décrite dans la section précédente, à moins d'indication contraire au Sommaire des garanties.

Les frais admissibles, engagés au cours des trois (3) derniers mois d'une année civile et qui satisfont en totalité ou en partie la franchise pour cette année-là, servent à satisfaire ou à réduire, selon le cas, la franchise de l'année civile suivante.

2) Pourcentage de remboursement

Le pourcentage de remboursement est indiqué au Sommaire des garanties.

3) Maximums

Les montants maximums mentionnés au Sommaire des garanties et dans la présente section sont applicables à chaque assuré d'une même famille, sauf stipulation contraire.

Article V - Frais admissibles

Les frais admissibles sont les frais décrits aux points 1), 2), 3), 4) et 5) apparaissant ci-après.

1) HOSPITALISATION

Chaque assuré a droit aux prestations d'hospitalisation dans la mesure prévue par la Loi sur l'assurance-hospitalisation et par les règlements prescrits en vertu de cette Loi.

a) Prestations d'hospitalisation pour soins actifs

Les frais d'hospitalisation d'un assuré qui est admis pour soins actifs dans un hôpital ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de son assurance, tant qu'il a droit à des soins assurés par la Régie de l'assurance maladie de sa province de résidence, et jusqu'à concurrence du type de chambre spécifié au Sommaire des garanties.

b) Prestations pour convalescence et pour réadaptation physique

Les prestations prévues pour les cas de convalescence et pour réadaptation physique sont versées tant que l'assuré a droit à des soins assurés, et sous réserve du remboursement maximum et de la durée maximale par année civile, pour l'ensemble des hospitalisations, tel qu'il est spécifié au Sommaire des garanties.

De plus, ces prestations ne sont accordées que si l'assuré est admis moins de quatorze (14) jours après avoir obtenu son congé d'un hôpital où il recevait des soins actifs et où il avait été admis ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de son assurance.

Section M - Garantie d'assurance santé - Assurance accident/maladie (suite) Applicable au Canada

2) PARAMÉDICAUX (selon la liste des professionnels apparaissant dans le Sommaire des garanties)

(Les soins ou traitements dispensés par les professionnels ci-dessous ne nécessitent pas de recommandation médicale, à moins d'indication à l'effet contraire dans le Sommaire des garanties.)

- Sous réserve des remboursements maximums par visite et par année civile spécifiés au Sommaire des garanties pour chaque catégorie de professionnel ou pour l'ensemble des professionnels, tel qu'indiqué au Sommaire des garanties. Le professionnel ne doit pas être un membre de la famille de l'assuré, ni résider avec lui :

Psychologue (ou psychiatre ou travailleur social), physiothérapeute (ou technicien en réadaptation physique ou thérapeute du sport), chiropraticien, ostéopathe, podiatre (ou pédicure), naturopathe, acupuncteur, homéopathe, diététiste, audiologiste, orthophoniste, ergothérapeute, et massothérapeute (ou kinothérapeute ou orthothérapeute).

- Les frais de radiographies prises par un chiropraticien, un ostéopathe, un podiatre (ou pédicure) et par un naturopathe, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.

3) FOURNITURES ET SERVICES MÉDICAUX

a) Soins infirmiers

Les services d'un infirmier autorisé (ou d'un infirmier auxiliaire si un infirmier autorisé n'est pas disponible) qui n'est pas un membre de la famille de l'assuré et qui ne réside pas avec lui, lorsque les services sont rendus au domicile de l'assuré et ne sont pas principalement des soins de garde, sous réserve du remboursement maximum global spécifié au Sommaire des garanties.

b) Service ambulancier

Les frais de transport par ambulance en direction et en provenance de l'hôpital qui peut assurer les soins d'urgence dont l'assuré a besoin, incluant le transport aérien ou ferroviaire au Canada. Les circonstances médicales ayant nécessité le transport en ambulance doivent être communiquées à l'assureur au moment de la demande de règlement et peuvent remplacer la recommandation médicale du médecin s'il était alors impossible de l'obtenir compte tenu de l'urgence de la situation.

c) Chaussures orthopédiques

L'achat et la réparation de chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure et d'attelles de Denis Browne, sous réserve du remboursement maximum global spécifié au Sommaire des garanties. L'achat doit être effectué auprès d'un fournisseur autorisé à vendre de tels articles par le ministère provincial de la santé et des services sociaux.

Exclusion spécifique

Les frais d'achat et de réparation de chaussures préfabriquées, de modifications apportées aux chaussures ordinaires, ainsi que de chaussures profondes sont exclus.

d) Orthèses podiatriques

L'achat d'orthèses podiatriques pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties. L'achat doit être effectué auprès d'un fournisseur autorisé à vendre de tels articles par le ministère provincial de la santé et des services sociaux.

Section M - Garantie d'assurance santé - Assurance accident/maladie (suite) Applicable au Canada

e) Bas de contention

L'achat de bas de contention, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.

f) Prothèses

- L'achat de membres artificiels (incluant le bras myoélectrique) et de yeux artificiels;
- l'achat de prothèses capillaires requises à la suite d'une chimiothérapie ou l'achat de casques de refroidissement utilisés en chimiothérapie, sous réserve du remboursement maximum global viager spécifié au Sommaire des garanties;
- l'achat de prothèses mammaires (incluant les soutiens-gorge chirurgicaux), lorsqu'elles sont requises à la suite d'une mastectomie, sous réserve du remboursement maximum global spécifié au Sommaire des garanties.

g) Prothèses auditives

Les frais d'achat et de réparation de prothèses auditives, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.

h) Stérilet

Les frais d'achat d'un stérilet, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.

i) Neurostimulateur transcutané (TENS)

Les frais d'achat d'un neurostimulateur transcutané, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.

j) Appareils pour diabétiques

Les frais d'achat d'un glucomètre et d'un injecteur d'insuline à pression, sous réserve du remboursement maximum global spécifié au Sommaire des garanties.

k) Aides à la mobilité et appareils orthopédiques

- Fauteuil roulant

Les frais de location ou d'achat (au choix de l'assureur) d'un fauteuil roulant (incluant les coussins et les insertions), jusqu'à concurrence du coût d'un fauteuil roulant manuel standard, ainsi que l'achat d'une plaque-support de roue ajustable, sous réserve de la limite et de la fréquence spécifiées au Sommaire des garanties, lesquelles ne s'appliquent pas si un changement pathologique est survenu dans la condition de l'assuré. L'assuré doit obtenir l'approbation préalable de l'assureur avant tout achat ou location, à défaut de quoi la demande de règlement peut être rejetée.

Les frais de réparation du fauteuil roulant et de la plaque-support sous réserve d'un remboursement maximum de 300 \$ par année civile.

- Les frais d'achat ou de location de béquilles, cannes et marchettes, ainsi que les frais de plâtres, de bandages herniaires, d'appareils orthopédiques, de collets cervicaux, et d'orthèses. L'achat d'orthèses et d'appareils orthopédiques doit être effectué auprès d'un fournisseur autorisé à vendre de tels articles par le ministère provincial de la santé et des services sociaux.

Section M - Garantie d'assurance santé - Assurance accident/maladie (suite) Applicable au Canada

l) Équipement médical

L'assuré doit obtenir l'approbation préalable de l'assureur avant tout achat ou toute location, à défaut de quoi la demande de règlement peut être refusée.

- Les frais de location ou d'achat (au choix de l'assureur) d'un lit d'hôpital manuel standard pour patient alité, jusqu'à concurrence du coût d'un lit manuel standard et sous réserve de la limite et de la fréquence spécifiées au Sommaire des garanties;
- Les frais d'appareils suivants, sous réserve de la limite et de la fréquence par article spécifiées au Sommaire des garanties :
pompes à insuline et fournitures, pompes de compression, vibromasseurs, pompes à succion, Bi-PAP et C-PAP et respirateurs;
- Les frais d'achat de matériel de traction, sous réserve de la limite et fréquence spécifiées au Sommaire des garanties.

m) Tests diagnostiques

Lorsqu'ils sont jugés nécessaires pour le traitement d'une maladie ou à la suite d'un accident, sous réserve du remboursement maximum global spécifié au Sommaire des garanties :

les frais d'analyses de laboratoire, de radiographies, d'électrocardiogrammes, de tomographies par ordinateur (CT Scans), d'échographies et d'imagerie par résonance magnétique (IRM).

n) Autres fournitures et services médicaux

- Les frais d'oxygène et la location ou l'achat d'appareils en vue de son administration. L'achat d'appareils est sous réserve de la limite et de la fréquence spécifiées au Sommaire des garanties. L'assuré doit obtenir l'approbation préalable de l'assureur avant tout achat ou location, à défaut de quoi la demande de règlement peut être rejetée.
- Les frais de fournitures pour personnes stomisées, ainsi que d'un larynx artificiel.
- Les frais de vêtements compressifs pour brûlures majeures.
- Les frais d'entraînement visuel effectué par un ophtalmologiste ou un optométriste, sous réserve du remboursement maximum viager spécifié au Sommaire des garanties.
- Les frais de verres de contact requis en raison d'une kératite ulcéreuse, d'une cicatrisation sévère de la cornée, d'un kératocône, d'aphakie ou de dégénérescence marginale de la cornée, sous réserve du remboursement maximum global 200 \$ par période de 24 mois consécutifs.
- Les frais d'achat d'aides orthophoniques, sous réserve du remboursement maximum viager spécifié au Sommaire des garanties.
- Les frais d'achat du tube d'espacement (embout buccal) d'un inhalateur, sous réserve de l'achat d'un seul tube par année civile.
- Les frais d'achat de matériel pour les tests d'allergies, sous réserve de la limite et de la fréquence spécifiés au Sommaire des garanties.
- Les frais de manchons pour lymphoedème, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.

Section M - Garantie d'assurance santé - Assurance accident/maladie (suite) Applicable au Canada

o) Soins dentaires à la suite d'un accident

Les services d'un dentiste requis pour la réparation et le remplacement de dents naturelles saines, par suite d'un coup accidentel reçu pendant que la personne est assurée, et non pas par suite de l'introduction volontaire ou non d'un aliment ou d'un objet dans la bouche, à condition que les soins commencent ou qu'un plan de traitement satisfaisant soit soumis à l'assureur dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de l'accident. Aucun remboursement n'est accordé pour des soins reçus plus de deux (2) ans après la date de l'accident.

Les montants admissibles sont établis selon le Guide des tarifs et nomenclature des actes buccodentaires approuvé par l'Association des chirurgiens dentistes de la province de résidence de l'assuré. Le remboursement maximum par accident est mentionné au Sommaire des garanties.

p) Examen de la vue (si indiqué au Sommaire des garanties de chacun des modules)

Les frais engagés auprès d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste pour un examen de la vue, sous réserve du remboursement maximum global spécifié au Sommaire des garanties.

4) PATIENTS DIRIGÉS HORS CANADA

Objet de la garantie

Lorsque le médecin traitant d'un assuré réfère ce dernier à un médecin hors Canada pour des soins médicaux non disponibles au Canada, le régime rembourse les frais usuels, raisonnables et coutumiers énumérés ci-dessous, qui excèdent le montant payé par le régime provincial d'assurance maladie.

Le remboursement maximal viager est indiqué au Sommaire des garanties.

Frais admissibles

a) Services hospitaliers

Les frais hospitaliers reliés à des services médicalement requis, tels que:

- Chambre d'hôpital
- Soins intensifs
- Soins infirmiers
- Salles d'opération et salles de réveil
- Services diagnostiques, incluant les frais de laboratoires et les radiographies
- Oxygène et sang
- Médicaments sur ordonnance, incluant les solutions intraveineuses
- Physiothérapie.

b) Médecins et chirurgiens

Les honoraires de médecins et de chirurgiens.

c) Services ambulanciers

Frais de services ambulanciers requis afin de transporter un patient sur civière en direction ou en provenance de l'établissement médical le plus proche pouvant administrer les soins essentiels.

Section M - Garantie d'assurance santé - Assurance accident/maladie (suite) Applicable au Canada

d) Accompagnateur dans l'ambulance

Frais de déplacement d'un infirmier autorisé ou d'un préposé médical accompagnant l'assuré dans l'ambulance (n'ayant aucun lien de parenté avec ce dernier), lorsque médicalement nécessaire et sur approbation préalable de l'assureur.

Exclusions et restrictions spécifiques

- a) La référence hors Canada doit être justifiée sur le plan médical et ne doit pas porter sur des services disponibles au Canada, tels que déterminés par l'assureur;
- b) L'autorisation préalable de l'assureur doit avoir été obtenue;
- c) Les frais admissibles sont les frais usuels, coutumiers et raisonnables qui s'appliquent dans la région où les services sont rendus;
- d) Tous les services doivent être rendus dans le cadre d'un traitement actif rendu par un médecin;
- e) Aucune prestation n'est payable pour le traitement d'une maladie ayant débuté dans les douze (12) mois de la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur à l'égard de l'assuré et pour laquelle ce dernier a reçu un traitement médical ou pour laquelle des médicaments lui ont été prescrits dans les douze (12) mois précédant la date d'entrée en vigueur de cette assurance;
- f) Les services fournis à l'extérieur du Canada ne doivent pas être à titre expérimental ou pour fins de recherche.
- g) La présente garantie exclut les soins non disponibles en raison de listes d'attentes ou de traitements refusés par un médecin au Canada.
- h) Pour être admissibles, les frais décrits ci-dessus doivent être en partie remboursables par la Régie de l'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré.

5) LUNETTES ET VERRES DE CONTACT (si couverts en vertu du Sommaire des garanties)

Le coût de lunettes (verres et montures) et de verres de contact prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste. Les frais d'une chirurgie oculaire au laser, ainsi que le coût de lentilles intraoculaires implantées lors d'une chirurgie de la cataracte, sont également admissibles dans le remboursement maximum global mentionné au Sommaire des garanties sous **Lunettes et verres de contact**

Exclusion spécifique

Les frais engagés pour des lunettes de soleil non correctrices ou pour des lunettes protectrices sont exclus.

Article VI - Exclusions et réductions de la garantie

- 1) La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :
 - a) les soins médicaux auxquels l'assuré a droit en vertu de toute loi fédérale ou provinciale, ou qui sont couverts en vertu d'une telle loi, incluant les frais payables par une commission sur la santé et la sécurité du travail ou d'une société de l'assurance automobile, ou de toute loi ou autre régime semblables, si applicable;
 - b) les soins médicaux couverts en vertu de toute loi fédérale ou provinciale ou régimes mentionnés ci-dessus en vigueur à la date d'effet de la présente garantie et modifiés, suspendus ou discontinués par la suite;

Section M - Garantie d'assurance santé - Assurance accident/maladie (suite) Applicable au Canada

- c) les services, les soins ou les produits reçus gratuitement par l'assuré;
 - d) les services, les soins ou les produits administrés à des fins expérimentales;
 - e) les soins de nature préventive;
 - f) les traitements ou prothèses à des fins esthétiques, sauf la chirurgie esthétique si indiquée au Sommaire des garanties comme étant couverte;
 - g) les services d'une infirmière à domicile lorsque celle-ci agit à titre de sage-femme, ou que l'infirmier agit à titre de psychothérapeute ou qu'il donne des soins autres que des soins infirmiers;
 - h) les soins dentaires, à l'exception des soins requis à la suite d'un accident;
 - i) les frais (à l'exception des frais de stérilets) reliés à la planification des naissances, y compris l'insémination artificielle et les frais de laboratoire ou autres reliés aux traitements de fertilité de toute nature, sans égard si l'infertilité est considérée être une maladie ou non;
 - j) les frais, services ou produits n'apparaissant pas dans les **Frais admissibles** énumérés dans la présente garantie;
 - k) les frais qui n'auraient pas été exigés en l'absence d'une garantie d'assurance;
 - l) les frais pour les soins, les traitements, les services ou produits autres que ceux déclarés nécessaires au traitement d'une blessure ou d'une maladie;
 - m) les frais engagés hors Canada (à l'exception des frais mentionnés à l'Article V - Frais admissibles, paragraphe 4) Patients dirigés hors Canada);
 - n) les frais couverts en vertu de l'assurance voyage, c'est-à-dire les frais engagés hors de la province de résidence de l'assuré, au Canada, suite à une situation d'urgence;
 - o) les frais qui découlent directement ou indirectement de
 - dommages corporels que l'assuré s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
 - blessure subie lors de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, sauf dans l'accomplissement de fonctions faisant partie de son travail, ou blessure subie durant une guerre;
- 2) Aucune prestation n'est payable à l'égard de l'assuré qui commet ou tente de commettre un acte criminel.
- 3) **Limitation**
Pour l'application de la présente garantie, tous les assurés sont considérés comme étant assurés en vertu des lois sur l'assurance-hospitalisation et sur l'assurance-maladie de la province de résidence de l'assuré et, en aucun cas, les sommes versées par l'assureur ne dépasseront celles qui l'auraient été si l'assuré avait été assuré en vertu de ces lois, sauf stipulation contraire.

**Section M - Garantie d'assurance santé -
Assurance accident/maladie (suite)
Applicable au Canada**

Article VII - Prestations aux survivants

Advenant le décès de l'adhérent, ses personnes à charge continuent d'être assurées en vertu de la présente garantie, sans paiement de primes. Cependant, l'assurance se termine à la première des dates suivantes :

- la date de résiliation du contrat;
- vingt-quatre (24) mois après la date du décès de l'adhérent;
- la date de prise d'effet d'une assurance semblable auprès d'un autre assureur;
- la date à laquelle les personnes à charge cessent d'être des personnes à charge admissibles, pour des raisons autres que le décès de l'adhérent.

Article VIII - Droit de transformation

Si, alors que la présente garantie est en vigueur, l'assuré cesse d'y être admissible, il a le droit de transformer sa protection en un contrat d'assurance individuelle tel qu'offert par l'assureur en pareil cas, en faisant une demande écrite dans les trente et un (31) jours suivant la fin de l'assurance, sur le formulaire fourni par l'assureur à cette fin, sans être obligé de fournir une preuve d'assurabilité. La première prime entière, selon le mode de paiement des primes choisi par l'assuré et accepté par l'assureur, doit accompagner la demande de transformation.

Section N - Garantie d'assurance santé - Assurance voyage

L'Assurance voyage comprend trois sections :

- A. ASSURANCE MÉDICO-HOSPITALIÈRE
- B. ASSURANCE ANNULATION ET INTERRUPTION DE VOYAGE
- C. ASSURANCE BAGAGES

Article I - Définitions complémentaires

(applicables aux sections A et B)

1) Canassistance inc.

La compagnie d'assistance mandatée par l'assureur.

2) Hôpital

Hors de la province de résidence de l'assuré, « hôpital » désigne un établissement enregistré en tant qu'hôpital accrédité et offrant des soins et des traitements à des patients internes ou externes. Un infirmier diplômé y est toujours de garde et on y trouve un laboratoire, de même qu'une salle d'opération où les interventions chirurgicales sont pratiquées par un chirurgien légalement accrédité. Le terme « hôpital » ne désigne en aucun cas un établissement ou une partie d'un établissement accrédité ou utilisé principalement comme clinique, un établissement ou une partie d'établissement pour les soins prolongés, un hôpital de convalescence, une maison de repos, un établissement thermal ou un centre de désintoxication pour toxicomanes ou pour alcooliques.

3) Maladie

Détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constatés par un médecin. La grossesse n'est pas considérée comme une maladie, sauf en cas de complications pathologiques qui surviennent dans les trente-deux (32) premières semaines.

En ce qui concerne l'Assurance annulation et interruption de voyage, la maladie doit être suffisamment grave pour que l'assuré ne soit pas en mesure de poursuivre son voyage.

4) Membre de la famille de l'assuré

Le conjoint, le père, la mère, les grands-parents, petits-enfants, beaux-parents, un enfant de l'assuré et/ou de son conjoint, un frère, une sœur, un demi-frère, une demi-sœur, un beau-frère, une belle-sœur, un oncle, une tante, un neveu, une nièce.

5) Membre de la famille immédiate de l'assuré

Le conjoint, le père, la mère et les enfants de l'assuré, du conjoint ou des deux.

6) Compagnon de voyage

Une personne qui partage des arrangements de voyage payés à l'avance avec ceux de l'assuré (jusqu'à un maximum de quatre (4) personnes incluant l'assuré).

7) Réunion d'affaires

Une réunion privée préalablement organisée dans le cadre du travail à plein temps ou de la profession de l'assuré, et qui constitue la seule raison du voyage. En aucun cas, une réunion d'affaires ne pourra inclure un congrès, une assemblée, un colloque, un forum, une foire, une exposition, un symposium, un séminaire, une réunion du conseil d'administration ou toute autre réunion de même nature.

Section N - Garantie d'assurance santé - Assurance Voyage (suite)

8) Urgence ou situation d'urgence

Une situation qui nécessite un traitement médical immédiat en lien avec :

- une blessure qui résulte d'un accident;
- une nouvelle condition médicale qui débute au cours du voyage; ou
- une condition médicale que l'assuré avait avant son voyage, mais qui est **stable**.

Une condition médicale est stable si, au cours des quatre-vingt-dix (90) jours précédant la date de départ (ou dans les quatre-vingt-dix (90) jours précédant la date de réservation dans le cas de l'Assurance annulation et interruption de voyage), l'assuré n'a pas :

- été traité ou évalué pour de nouveaux symptômes qui sont reliés à cette condition;
- éprouvé de symptômes qui ont augmenté en fréquence ou en sévérité, ou des résultats d'examens indiquant la détérioration de la condition;
- reçu de prescription pour un nouveau traitement ou un changement de traitement relativement à cette condition (généralement, une réduction de la médication en raison de l'amélioration de la condition ou un changement régulier dans la médication dans le cadre d'un plan de traitement établi ne sont pas considérés comme étant un changement de traitement);
- été admis ou traité dans un hôpital en raison de cette condition; ou
- été en attente de nouveaux traitements ou de tests concernant cette condition (autres que des tests de routine).

Les critères ci-dessus sont considérés globalement par rapport à la condition médicale dans son ensemble.

Article II - Conditions générales (applicables aux sections A et B)

1) Condition de remboursement

Pour fins de remboursement, les frais admissibles décrits dans l'Assurance voyage doivent être engagés avec l'autorisation préalable de Canassistance.

2) Rapatriement de l'assuré

En l'absence de contre-indication médicale, l'assureur peut exiger le rapatriement de tout assuré ou son transfert à un lieu de traitement différent. Tout refus au rapatriement met fin au droit à des prestations.

3) Modalité de paiement

L'assureur effectue tout remboursement au moyen d'un chèque libellé au fournisseur de service et/ou à l'adhérent ou au cessionnaire de celui-ci, après réception et évaluation des comptes pertinents et des renseignements nécessaires s'y rapportant, selon les modalités prévues. Dans tous les cas cependant, l'assureur se réserve le droit de payer directement le fournisseur de services.

Tout montant payé par l'assureur ou en son nom le libère de toute obligation jusqu'à concurrence de ce montant.

Section N - Garantie d'assurance santé - Assurance Voyage (suite)

4) Subrogation

Si l'assuré acquiert un droit de poursuite contre toute personne physique ou morale relativement à une perte couverte en vertu de l'Assurance voyage, l'assureur est subrogé à l'assuré dans tous ses droits, jusqu'à concurrence du montant payé par l'assureur. L'assuré doit signer et remettre les documents nécessaires à cet effet et faire tout ce qui est requis pour protéger ses droits.

5) Intérêt

Aucun intérêt ne sera versé sur les sommes payables en vertu de l'Assurance voyage.

6) Limitation de responsabilité

Assurance médico-hospitalière

L'assureur et Canassistance ne sont pas responsables de l'accessibilité ou de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés, ni de l'impossibilité d'obtenir de tels soins.

Assurance annulation et interruption de voyage

Toute responsabilité est conditionnelle à ce que l'assuré ne soit pas au courant, au moment où il a pris ses arrangements de voyage et lorsqu'il a effectué ses paiements subséquents, d'un événement pouvant raisonnablement l'empêcher d'effectuer le voyage prévu selon les réservations.

7) Déclaration du sinistre - Assurance annulation et interruption de voyage

Lorsqu'un événement mentionné dans les risques assurés survient avant la date du départ, l'assuré doit contacter son agent de voyage ou le transporteur, selon le cas, dans les quarante-huit (48) heures qui suivent l'événement afin d'annuler le voyage et l'assuré doit aviser l'assureur dans le même délai.

8) Preuves - Assurance annulation et interruption de voyage

Pour appuyer une demande de règlement des frais non remboursables ou excédentaires, l'assuré doit fournir selon le cas :

- a) un certificat médical donnant un diagnostic complet, délivré par un médecin dûment qualifié qui traite l'assuré personnellement dans la localité où la maladie ou la blessure est survenue; la surveillance médicale doit débuter avant la date de départ ou de retour du voyage, selon le cas;
- b) une preuve documentaire attestant qu'un risque assuré fut en fait la cause de l'annulation;
- c) les originaux des billets de transport non utilisés, les reçus officiels pour le transport de retour ou la note de crédit, ou les trois;
- d) les reçus pour les frais d'arrangements terrestres et autres déboursés.

Le défaut de fournir toute preuve requise en vertu de la présente garantie rendra nulle toute demande de règlement en vertu de la présente assurance.

Section N - Garantie d'assurance santé - Assurance Voyage (suite)

Article III - Objet de l'Assurance médico-hospitalière

Les frais usuels et raisonnables et les services décrits dans l'Assurance médico-hospitalière sont admissibles s'ils sont engagés par suite d'une **situation d'urgence** résultant d'un accident ou d'une maladie soudaine survenant au cours des *cent quatre-vingts (180)* premiers jours d'un voyage à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré et à la condition que l'assuré soit couvert par la Régie de l'assurance-maladie de sa province de résidence au moment où la situation urgente arrive.

- Dans le cas des assurés âgés de soixante-cinq (65) ans à soixante-neuf (69) ans, *cent quatre-vingt (180)* jours est remplacé par *soixante (60)* jours;
- Dans le cas des assurés âgés de soixante-dix (70) ans ou plus, *cent quatre-vingt (180)* jours est remplacé par *trente (30)* jours.

Les traitements admissibles sont ceux déclarés nécessaires à la stabilisation de la condition médicale et les prestations sont accordées en supplément et non en remplacement des prestations prévues par les programmes gouvernementaux.

Le remboursement maximum par événement, par assuré, en vertu de l'Assurance médico-hospitalière est indiqué au Sommaire des garanties. Les prestations sont payables à l'adhérent.

Article IV - Description des frais et services couverts - Assurance médico-hospitalière

1) Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

a) Hospitalisation

Les frais d'hospitalisation en chambre à deux lits ou à un lit, excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables par la Régie de l'assurance-maladie de la province de résidence de l'assuré.

b) Frais accessoires

Les frais inhérents (téléphone, télévision, stationnement, etc...) à une hospitalisation, sur présentation de pièces justificatives, jusqu'à un maximum de 100 \$ par hospitalisation.

c) Honoraires d'un médecin

La différence entre les honoraires demandés par un médecin et les prestations prévues par la Régie de l'assurance-maladie de la province de résidence de l'assuré.

d) Appareils médicaux

Le coût d'achat ou de location de béquilles, de cannes ou d'attelles; le coût de location de fauteuils roulants manuels standard, d'appareils orthopédiques ou d'autres appareils médicaux, lorsqu'ils sont prescrits par le médecin traitant.

e) Honoraires d'infirmiers

Les honoraires pour les soins privés d'un infirmier diplômé (sans aucun lien de parenté avec l'assuré) durant la période d'hospitalisation, lorsqu'ils sont médicalement requis et prescrits par le médecin traitant.

f) Frais de diagnostic

Les frais d'analyses de laboratoire et de radiographies lorsqu'elles sont prescrites par le médecin traitant.

Section N - Garantie d'assurance santé - Assurance Voyage (suite)

g) Médicaments

Les frais de médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin dans le cadre d'un traitement d'urgence.

h) Soins dentaires

Les honoraires d'un chirurgien dentiste pour les soins dentaires requis par suite d'un traumatisme externe (et non pas par suite de l'introduction volontaire d'un aliment ou d'un objet dans la bouche), seulement lorsqu'il y a endommagement des dents naturelles et saines n'ayant subi aucun traitement ou pour réduction de fracture ou de dislocation de la mâchoire. Dans tous les cas, le traitement doit débiter pendant que l'assurance est en vigueur et se terminer dans les six (6) mois suivant la date de l'accident. Le montant remboursable est de 2 000 \$ par accident et par assuré.

Les honoraires d'un chirurgien dentiste pour tout autre traitement d'urgence pour soulager la douleur sont remboursés jusqu'à concurrence d'un maximum de 200 \$ par assuré.

2) Frais de transport

Les services suivants doivent être approuvés et planifiés par Canassistance inc.

a) Service d'ambulance

Les frais de transport terrestre ou aérien pour conduire l'assuré jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Ce service comprend également le transfert entre hôpitaux lorsque le médecin traitant et Canassistance inc. estiment que les installations existantes sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition.

b) Rapatriement dans la province de résidence

Les frais de rapatriement de l'assuré dans sa province de résidence par un moyen de transport adéquat pour que l'assuré puisse recevoir des soins médicaux immédiats et ce, après autorisation du médecin traitant et de Canassistance inc.

Les frais pour le rapatriement simultané du compagnon de voyage ou de tout membre de la famille immédiate de l'assuré qui sont également couverts en vertu de l'Assurance médico-hospitalière prévue en vertu de la présente garantie, s'ils ne peuvent revenir à leur point de départ par le moyen de transport initialement prévu pour le retour.

c) Transport pour visiter l'assuré

Les frais de transport aller-retour, en classe économique, d'un membre de la famille de l'assuré se rendant :

- à l'hôpital où séjourne l'assuré depuis au moins sept (7) jours (présentation obligatoire d'un document rédigé par le médecin traitant attestant de la nécessité de la visite), ou
- identifier la personne décédée, si nécessaire, avant le transport de la dépouille.

d) Retour du véhicule

Le coût du retour, par une agence commerciale, du véhicule personnel de l'assuré ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence de location appropriée la plus proche, si une maladie ou un accident le rend incapable de s'en occuper, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$. L'assuré doit présenter un certificat médical du médecin traitant de la localité où son incapacité à utiliser son véhicule s'est manifestée.

Section N - Garantie d'assurance santé - Assurance Voyage (suite)

e) Disposition de la dépouille

En cas de décès, le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) jusqu'au point de départ dans la province de résidence ou le coût de crémation ou de l'enterrement sur place, sous réserve d'un remboursement maximal de 7 500 \$.

3) Allocation de subsistance

Les frais pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial, lorsqu'un assuré doit reporter son retour pour cause de maladie ou de blessure corporelle qu'il subit lui-même ou que subit un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, sous réserve d'un remboursement maximal de 3 000 \$ (150 \$ par jour, maximum de 20 jours).

4) Assistance voyage (Canassistance)

a) Assistance médicale

L'assureur s'engage à fournir les lignes de Canassistance inc., sans frais et au service de l'assuré 24 heures par jour et sept jours par semaine, pour l'aider lorsqu'il doit consulter un médecin ou être hospitalisé à la suite d'un accident ou d'une maladie subite. Le service Canassistance inc. prend les dispositions nécessaires pour fournir à l'assuré les services suivants :

- pour l'État de la Floride, le diriger vers une clinique ou un hôpital approprié membre du réseau Preferred Patient Care;
- pour l'État de la Caroline du Sud, le diriger vers une clinique ou un hôpital approprié membre du réseau Preferred Personal Care;
- pour les autres destinations, le diriger vers une clinique ou un hôpital approprié et avancer les fonds à l'hôpital, si nécessaire;
- confirmer la couverture de l'assurance médicale afin d'éviter à l'assuré un dépôt monétaire souvent substantiel;
- assurer le suivi du dossier médical et communiquer avec le médecin de famille;
- coordonner le rapatriement de l'assuré dans sa province de résidence, s'il y a lieu;
- coordonner le retour en toute sécurité des enfants à charge à leur domicile si le parent est hospitalisé;
- prendre les dispositions nécessaires pour faire venir un membre de la famille si l'assuré doit séjourner à l'hôpital au moins sept jours et si le médecin traitant le prescrit;
- coordonner le retour du véhicule personnel de l'assuré si une maladie ou un accident le rend incapable de s'en occuper.

Section N - Garantie d'assurance santé - Assurance Voyage (suite)

b) Assistance générale

Par l'intermédiaire de Canassistance inc., l'assureur s'engage également à fournir les services suivants à l'assuré qui se trouve en situation d'urgence :

- assistance téléphonique sans frais, 24 heures par jour, sept jours par semaine;
- transmission de messages urgents;
- coordination des demandes de règlement;
- service d'interprète lors d'appels d'urgence;
- référence à un avocat dans le cas d'un accident grave;
- règlement des formalités en cas de décès;
- assistance en cas de perte ou de vol de papiers d'identité;
- informations sur les ambassades et les consulats;

Par Canassistance inc., l'assureur peut également fournir à l'assuré des informations pré-voyage sur les visas et vaccins nécessaires.

Article V - Objet de l'Assurance annulation et interruption de voyage

L'assureur garantit le paiement des prestations décrites dans l'Article VI qui suit relativement aux risques assurés mentionnés ci-dessous, sous réserve des définitions, limitations, conditions, exclusions et réductions de la couverture de la présente garantie. Le montant des prestations est limité aux sommes qui sont non remboursables à la date où la cause d'annulation survient, sous réserve du maximum par voyage, par assuré indiqué au Sommaire des garanties.

Risques assurés

L'assurance s'applique lorsque l'assuré est obligé d'annuler son départ, d'interrompre ou de prolonger son voyage après qu'il soit commencé, par suite :

- a) de maladie, hospitalisation, lésion corporelle, décès de l'assuré, d'un membre de sa famille ou d'un compagnon de voyage ou d'un membre de la famille du compagnon de voyage;
- b) de maladie, hospitalisation, lésion corporelle, décès d'un des associés d'affaires de l'assuré ou d'un de ses employés-clé;
- c) d'un diagnostic de grossesse après la date d'achat du voyage (ou la date du dépôt initial non remboursable), si la date de départ ou de retour se situe dans les huit (8) semaines qui précèdent ou qui suivent la date prévue de l'accouchement;
- d) d'une convocation à agir comme juré, mise en quarantaine ou piraterie de l'air;
- e) d'un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de l'assuré;
- f) d'une mutation demandée par l'employeur pour lequel l'assuré travaille et nécessitant le déménagement de la résidence principale de l'assuré;

Section N - Garantie d'assurance santé - Assurance Voyage (suite)

- g) d'un appel, dans le cas des officiers de police, des pompiers volontaires, des réservistes et des membres des Forces armées (à l'exclusion du service militaire durant une guerre, déclarée ou non ou participation à une force de la paix);
- h) du retard en raison d'une panne mécanique de la voiture, du mauvais temps, d'un accident de la route ou d'un barrage routier ordonné par la police et à la suite duquel l'assuré manque une correspondance ou ne peut poursuivre son voyage selon les arrangements prévus, à condition que la voiture ait été censée arriver au point de correspondance au moins deux heures avant l'heure prévue pour le départ;
- i) du décès ou de l'hospitalisation, avant le départ de l'assuré, de l'hôte de l'assuré à destination;
- j) d'une assignation à comparaître comme témoin dans un procès dont l'audition est prévue pendant la période du voyage, à l'exception des officiers responsables de l'application de la Loi;
- k) d'une perte involontaire de l'emploi que l'assuré occupait comme poste permanent chez le même employeur depuis plus d'un an;
- l) d'un événement dans le pays constituant la destination du voyage qui incite le gouvernement du Canada à émettre une recommandation à l'effet que ses citoyens ne devraient pas voyager à l'intérieur de ce pays pour une période couvrant le voyage. Les arrangements du voyage doivent avoir lieu avant que la recommandation gouvernementale ne soit divulguée;
- m) d'une annulation d'une réunion d'affaires suite à une maladie, hospitalisation ou lésion corporelle de la personne avec qui les arrangements pour la réunion d'affaires ont été pris au préalable, une preuve écrite des arrangements étant requise;
- n) du refus de la demande de visa de l'assuré pour séjourner dans un pays prévu, pourvu que l'assuré soit admissible à formuler une demande et que le refus ne soit pas motivé par le fait que la demande ait été faite de façon tardive ou qu'elle ait été présentée par la suite d'un premier refus de la demande antérieure.

Article VI - Description des frais couverts - Assurance annulation et interruption de voyage

1) Annulation de vacances

L'assureur garantit le remboursement des frais suivants :

Avant le départ :

- a) la portion non remboursable des frais de voyage payés à l'avance par l'assuré lorsque survient l'un des risques assurés énumérés à l'article précédent;
- b) les frais supplémentaires que l'assuré a engagés pour les nouveaux tarifs d'occupation lorsque l'assuré décide de poursuivre le voyage lorsque son compagnon de voyage doit annuler en raison d'un des risques assurés mentionnés dans l'article précédent. Les frais supplémentaires sont remboursés jusqu'à concurrence d'une somme ne dépassant pas la pénalité d'annulation applicable au moment où le compagnon de voyage doit annuler.

Section N - Garantie d'assurance santé - Assurance Voyage (suite)

Après le départ :

Le coût supplémentaire d'un billet d'avion (retour simple) le plus économique, jusqu'au point de départ de l'assuré, et la portion non utilisée et non remboursable des autres arrangements de voyage que l'assuré a payés à l'avance (autre que le billet de retour prévu initialement), lorsque survient un des risques assurés mentionnés à l'article précédent.

2) Indemnités d'interruption

L'assureur garantit le remboursement des frais suivants :

- a) la portion non utilisée et non remboursable des frais de voyage payés à l'avance, si les conditions météorologiques empêchent l'assuré d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pendant un total d'au moins 30 % de la durée du voyage faisant l'objet de cette couverture, et si l'assuré décide alors de ne pas poursuivre son voyage (la demande de règlement doit être appuyée d'un document qui en atteste le bien-fondé);
- b) le coût supplémentaire le plus économique exigé par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train), jusqu'au point de destination du voyage ou des vacances, lorsqu'une correspondance ou un vol de départ sont manqués en raison :
 - d'un retard du transporteur devant assurer la correspondance (avion, autobus ou train). Ce retard peut être causé par les conditions météorologiques ou une défaillance mécanique;
 - d'un accident de la circulation dans lequel sont impliqués la voiture privée ou louée de l'assuré, ou le taxi dans lequel il prenait place (le tout appuyé d'un rapport de police).

Dans tous les cas, l'assuré doit prévoir arriver au point de correspondance au moins deux (2) heures avant l'heure prévue pour le départ;

- c) le coût supplémentaire du transport le plus économique afin de rejoindre une excursion ou un groupe si, après le départ, l'assuré manque une partie du voyage en raison de la survenance de l'un des risques assurés énumérés à l'article précédent.

3) Indemnités de délai de retour

L'assureur garantit le remboursement du coût supplémentaire d'un billet d'avion (retour simple) le plus économique, jusqu'au point de départ, lorsque l'assuré doit reporter son retour pour cause de maladie ou de blessure corporelle qu'il subit lui-même ou que subit un membre de sa famille immédiate qui accompagne l'assuré ou le compagnon de voyage de l'assuré (la demande de règlement doit être appuyée par un rapport médical).

Article VII - Objet de l'Assurance bagages

L'assurance bagage couvre la perte ou l'endommagement des bagages appartenant à un assuré, au cours d'un voyage à l'extérieur de la province de résidence ou dans cette province, alors que la couverture est en vigueur à l'égard de l'assuré, jusqu'à concurrence du maximum par voyage, par assuré mentionné au Sommaire des garanties.

Dans le cas où les bagages enregistrés seraient retardés pendant douze (12) heures ou plus en cours de route et avant la date de retour, l'assureur remboursera jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 250 \$ pour les frais relatifs à des articles de toilette et des vêtements de première nécessité. Une preuve du retard des bagages enregistrés par le transporteur ainsi que les reçus des achats nécessaires devront accompagner la demande de règlement présentée à l'assureur au retour du voyage de l'assuré.

Section N - Garantie d'assurance santé - Assurance Voyage (suite)

L'Assurance bagages couvre le remboursement des frais de remplacement de passeport, permis de conduire, certificat de naissance ou visa de voyage dans le cas où ces documents sont perdus ou volés, sujet à un maximum de 50 \$.

Article VIII - Conditions particulières à l'Assurance bagages

- 1) Lorsque la perte résulte d'un vol, d'un cambriolage, de vandalisme ou d'une disparition, l'assuré doit avertir les autorités policières aussitôt qu'il se rend compte de la perte. Le défaut de déclarer la perte aux autorités, rend nulle toute demande de règlement faite en vertu des présentes à l'égard de cette perte.
- 2) En cas de perte, l'assuré doit avertir l'assureur aussi rapidement que possible et prendre toutes les précautions raisonnables nécessaires afin de protéger, sauvegarder ou recouvrer ses biens ; il doit également avertir rapidement les autorités policières et obtenir de celles-ci une attestation écrite au sujet de la perte ; il doit enfin obtenir une attestation écrite du directeur de l'hôtel, du guide touristique ou de l'organisme de transport. Il doit de plus fournir une preuve de la perte ou des dommages et de la valeur des biens concernés, ainsi que faire une déclaration sous serment, et ce, dans les 90 jours suivant la date de la perte. Le défaut de se conformer à ces conditions rend nulles les demandes d'indemnités selon les termes de l'Assurance bagages.
- 3) Si les biens couverts sont consignés auprès d'un transporteur public et que la livraison est retardée après la date de terminaison de la couverture, la couverture est maintenue en vigueur jusqu'à ce que les biens soient livrés par le transporteur public.
- 4) La responsabilité de l'assureur se limite à la valeur des biens au moment de la perte ou des dommages. L'assureur peut choisir de réparer les biens endommagés ou de remplacer les biens perdus ou endommagés par des biens de même valeur ou de même qualité.
- 5) L'Assurance bagages ne peut profiter, directement ou indirectement, à quelque transporteur ou à quelque caution que ce soit.

Article IX - Exclusions et réductions

1) Sections A et B

Aucun assuré n'a droit à des prestations dans les cas suivants :

- a) Défaut de l'assuré de communiquer avec Canassistance inc. en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation, suite à un accident ou une maladie subite, ou, dans le cas de l'Assurance annulation et interruption de voyage, défaut de l'assuré de communiquer avec Canassistance inc. en cas de sinistre.
- b) Toutes dépenses encourues à la suite d'une situation urgente qui s'est produite après les premiers 180 jours du voyage (après les premiers 60 jours dans le cas des assurés âgés de 65 ans à 69 ans, et après les premiers 30 jours dans le cas des assurés de 70 ans ou plus).
- c) Frais engagés après que l'assuré a été rapatrié par l'assureur pour raison médicale.
- d) Frais occasionnés par une grossesse et ses complications dans les huit (8) semaines précédant la date prévue de l'accouchement.
- e) Accident survenu lors de la participation de l'assuré à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteurs ou à tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme (routes grades 4 ou 5 selon l'échelle Yosemite Decimal System – YDS), au parachutisme en chute libre ou non de même qu'au saut à l'élastique (bungee jumping).

Section N - Garantie d'assurance santé - Assurance Voyage (suite)

- f) Abus de médicaments ou consommation de drogue, de même que conduite d'un véhicule moteur, d'un aéronef ou d'un bateau alors que l'assuré est sous l'influence d'une drogue quelconque ou que son taux d'alcool est supérieur à quatre-vingts (80) milligrammes d'alcool par cent (100) millilitres de sang.
- g) Suicide, tentative de suicide ou blessure volontaire, que l'assuré soit sain d'esprit ou non.
- h) Blessure subie lors de la participation de l'assuré à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection.
- i) Blessure subie durant une guerre ou un fait de guerre, déclarés ou non.
- j) Blessure ou maladie découlant directement ou indirectement de toute force ou menace impliquant l'utilisation d'armes ou d'agents nucléaires, chimiques ou biologiques utilisés par une personne, un groupe de personnes ou une organisation dans un but politique, religieux ou idéologique.
- k) Commission ou tentative de commission, directe ou indirecte, d'un acte criminel en vertu de toute loi.
- l) Frais pour tous soins, traitements, produits ou services autres que ceux qui sont déclarés nécessaires au traitement de la blessure ou de la maladie ou à la stabilisation de la condition médicale.
- m) Honoraires d'infirmiers pour des soins de soutien ou des soins qui sont principalement donnés pour le confort du patient.
- n) Frais engagés à des fins esthétiques.
- o) Frais engagés hors de la province de résidence de l'assuré quand ces frais auraient pu être engagés dans la province de résidence sans danger pour la vie ou la santé de l'assuré, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que des soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de l'assuré.

Sans limiter la généralité de l'exclusion du paragraphe précédent, aucun assuré voyageant à l'extérieur de sa province de résidence principalement ou accessoirement pour consultation ou traitement n'a droit aux prestations en vertu de la présente garantie, même si un tel voyage est recommandé par un médecin.

- p) Frais hospitaliers ou médicaux qui sont engagés hors de la province de résidence de l'assuré et qui ne sont pas admissibles auprès de la Régie de l'assurance-maladie de cette province de résidence.

Section N - Garantie d'assurance santé - Assurance Voyage (suite)

- q) Les produits suivants ne sont pas couverts par la présente garantie, même s'ils sont obtenus sur ordonnance :

les préparations alimentaires pour nourrissons, les suppléments ou substituts alimentaires ou diététiques de toute nature, y compris les protéines, les produits dits « naturels », les multivitamines et les médicaments grand public accessibles sur les comptoirs des pharmacies, les antiacides, les produits digestifs, les laxatifs, les antidiarrhéiques, les décongestionnants, les antitussifs, les expectorants et tout autre médicament contre le rhume ou la grippe, les gargarismes, les huiles, shampooings, lotions, savons et tout autre produit dermatologique.

- r) Portion des frais qui sont remboursés ou remboursables par la Régie de l'assurance-maladie de la province de résidence de l'assuré.
- s) Un voyage entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou blessée et que la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne constitue la cause d'annulation, de retour prématuré ou de retour retardé.
- t) Incapacité d'obtenir le logement désiré, difficultés financières ou aversion pour le voyage et le transport aérien.

Les exclusions s) et t) ne s'appliquent qu'à l'Assurance annulation et interruption de voyage.

2) Section C

Les prestations sont réduites ou non payables en cas ou à l'égard de :

- a) Pertes ou dommages relatifs aux biens suivants : automobiles ou équipements d'automobiles, motocycles, bicyclettes (sauf si enregistrées comme bagage auprès d'un transporteur), bateaux, moteurs ou autres véhicules ou leurs accessoires, meubles ou accessoires d'ameublement, prothèses dentaires, membres artificiels, lunettes, lentilles cornéennes, argent liquide, effets de commerce, titres, billets et documents, équipements ou biens professionnels, biens apportés dans le but d'en faire le commerce, antiquités ou objets de collection, effets périssables, cosmétiques, effets personnels, animaux ou tout article ne faisant pas partie des bagages de façon usuelle.
- b) Bris d'articles fragiles ou cassants, sauf en cas de feu ou de vol.
- c) Pertes ou dommages causés par la confiscation ou l'endommagement par ordre d'un gouvernement ou d'un organisme public, ou causés à la suite d'un transport ou d'un commerce illégal, d'une guerre, d'une manifestation, d'une rébellion ou d'hostilités entre des pays (que la guerre soit déclarée ou non).
- d) Pertes ou dommages causés par l'usure, la détérioration graduelle, les mites ou la vermine, ou pendant un travail ou un traitement effectué sur le bien.
- e) Vol commis dans une voiture, une roulotte, ou un autre véhicule laissé sans surveillance, sauf s'il était fermé à clé ou s'il était muni d'un compartiment fermé à clé et que le vol s'est produit avec effraction (dont les traces sont visibles).
- f) Le montant maximal payable pour la perte ou l'endommagement de chaque article faisant partie des bagages de l'assuré est de 125 \$.

Aux fins du calcul du maximum, les articles suivants sont regroupés par catégorie et chaque catégorie est considérée, en vertu du contrat, comme étant un seul article :

- bijoux : bijoux, montres, articles en argent, en or ou en platine ;

Section N - Garantie d'assurance santé - Assurance Voyage (suite)

- fourrure : articles en fourrure ou garnis de fourrure ;
- photo : appareils photo et équipements photographiques, appareils vidéo et équipements vidéo ou audio.

De plus, le montant maximal payable pour la perte ou l'endommagement de l'ensemble des 3 catégories mentionnées ci-dessus est de 250 \$.

- g) En cas de perte d'un article faisant partie d'un ensemble, la perte est évaluée comme une partie raisonnable et juste de la valeur totale de l'ensemble, en tenant compte de l'importance dudit objet et étant entendu qu'une telle perte ne saurait être considérée comme la perte totale de l'ensemble.
- h) Perte ou dommages causés par une omission ou un acte d'imprudence de la part de l'assuré, de même que l'impossibilité de retrouver l'objet perdu sans que les circonstances de la disparition puissent être expliquées ou permettent raisonnablement de conclure à un vol.

Article X - Fin de l'Assurance voyage

1) L'Assurance voyage prend fin au premier des événements suivants :

- a) à l'égard de tout assuré : le jour où il cesse d'être couvert par la Régie de l'assurance-maladie de sa province de résidence, ou
- b) à l'égard de l'adhérent et de ses personnes à charge : le jour où l'adhérent atteint l'âge mentionné au Sommaire des garanties.

2) Fin de la couverture en cours de voyage

Au cours d'un voyage, l'assurance voyage prend fin à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle l'assuré cesse d'être couvert par la Régie de l'assurance-maladie de sa province de résidence, ou
- b) Le cent-quatre-vingt unième (181^e) jour du voyage dans le cas des assurés de moins de soixante-cinq (65) ans, le soixante et unième (61^e) jour du voyage dans le cas des assurés âgés de soixante-cinq (65) ans à soixante-neuf (69) ans et le trente et unième (31^e) jour du voyage dans le cas des assurés de soixante-dix (70) ans et plus.

Article XI - Prestations aux survivants

Advenant le décès de l'adhérent, ses personnes à charge continuent d'être assurées en vertu de la présente garantie, sans paiement de primes. Cependant, l'assurance se termine à la première des dates suivantes :

- la date de résiliation du contrat;
- vingt-quatre (24) mois après la date du décès de l'adhérent;
- la date de prise d'effet d'une assurance semblable auprès d'un autre assureur;
- la date à laquelle les personnes à charge cessent d'être des personnes à charge admissibles, pour des raisons autres que le décès de l'adhérent.

Section O - Garantie d'assurance soins dentaires

(Cette garantie est couverte si elle fait partie du Sommaire des garanties, selon chacun des modules.)

Article I - Objet de la garantie

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant qu'un employé ou qu'une personne à charge, alors assurés en vertu de la présente garantie, a engagé les frais usuels et raisonnables pour les services admissibles décrits ci-après, lorsqu'ils étaient nécessaires et avaient trait à des services recommandés par un dentiste, et étaient dispensés par :

- un dentiste;
- un hygiéniste dentaire sous la surveillance d'un dentiste; ou
- un denturologiste diplômé lorsque ces services sont dans les limites de sa compétence,

l'assureur rembourse à l'adhérent la partie de ces frais qui excède la franchise, s'il y en a une, sous réserve du pourcentage de remboursement et des maximums globaux qui figurent au Sommaire des garanties et conformément aux autres dispositions applicables du présent contrat.

Les frais admissibles sont réputés avoir été engagés à la date à laquelle le service a été rendu ou à laquelle les fournitures ont été obtenues. En ce qui concerne un pont, une couronne ou une prothèse (si les SOINS DE RESTAURATION MAJEURE font partie du présent contrat), la date de pose de cet appareil est la date à laquelle ces frais ont été engagés et en ce qui concerne les traitements de canal, la date du dernier traitement est la date à laquelle ces frais ont été engagés.

Article II - Modalités de règlement

1) Montant admissible

Le montant admissible, en regard d'un service couvert, est celui indiqué dans le **Guide des tarifs et nomenclature des actes buccodentaires** approuvé par l'**Association des chirurgiens dentistes** ou dans le **Guide des tarifs des denturologistes** de la province de résidence de l'assuré (selon l'édition du Guide mentionnée au Sommaire des garanties); si aucun tarif n'est indiqué, le montant admissible doit faire l'objet d'une entente préalable avec l'assureur. À défaut d'entente préalable, tout règlement par l'assureur est final et sans appel.

2) Franchise

La franchise est la partie des frais admissibles qui doit être payée par l'adhérent, ou par l'ensemble d'une même famille assurée, avant que l'assureur n'effectue un paiement quelconque en vertu du contrat. Elle ne s'applique qu'une fois par année civile et est indiquée au Sommaire des garanties.

Les frais admissibles, engagés au cours des trois (3) derniers mois d'une année civile et qui satisfont en totalité ou en partie la franchise pour cette année-là, servent à satisfaire ou à réduire, selon le cas, la franchise de l'année civile suivante.

Article III - Description des services admissibles

1) SOINS PRÉVENTIFS

- a) Examens et diagnostic
 - examen buccal complet (un tous les 2 ans)
 - examen de rappel (deux par période de douze mois consécutifs)
 - examen buccal d'urgence
 - examen d'un aspect particulier

- b) Radiographies
 - intra-orales - périapicales
 - intra-orales - occlusales
 - intra-orales - interproximales
 - extra-orales
 - sialographies
 - pellicule panoramique (une tous les 2 ans)
 - substances radiopaques

- c) Tests et examens de laboratoire
 - culture microbiologique
 - biopsie des tissus buccaux mous
 - biopsie des tissus buccaux durs
 - examen cytologique

- d) Services préventifs
 - polissage de la partie coronaire des dents (2 fois par période de douze mois consécutifs)
 - application topique de fluorure (2 fois par période de douze mois consécutifs)
 - instruction d'hygiène buccale (maximum à vie de deux instructions)
 - scellants de puits et fissures (personnes âgées de moins de 18 ans)
 - détartrage (8 unités par année civile)

- e) Appareils de maintien (assurés âgés de moins de 18 ans).

Section O - Garantie d'assurance soins dentaires (suite)

2) SOINS DE BASE

- a) Services de restauration
 - restauration en amalgame, acrylique, silicate ou en composite sans restriction quant à l'emplacement des dents restaurées;
 - tenons de rétention;
 - couronnes préfabriquées en acier inoxydable ou polycarbonate
- b) Ajustement de prothèses amovibles
 - ajustements mineurs
 - rebasage et regarnissage
 - nettoyage et polissage
- c) Chirurgie buccale
 - ablation de dents ayant fait éruption (sans complication)
 - ablation chirurgicale (complexe)
 - ablation de tumeurs ou de kystes
- d) Services généraux complémentaires
 - anesthésie (en corrélation avec de la chirurgie)
- e) Pansement temporaire pour le soulagement d'urgence de la douleur
- f) Finition des obturations

3) ENDODONTIE

- coiffage de pulpe
- pulpotomie
- pulpotomie d'urgence
- traumatisme endodontique
- traitement de canal
- chirurgie endodontique
- blanchiment (sur dents dévitalisées seulement)
- apexification

4) PARODONTIE

- chirurgie parodontaire
- jumelage provisoire
- soin des infections aiguës
- désensibilisants (maximum de 3 dents par douze mois consécutifs)
- autres services parodontaires complémentaires
- curetage, incluant le surfaçage radiculaire

Section O - Garantie d'assurance soins dentaires (suite)

5) SOINS DE RESTAURATION MAJEURE

(si inclus dans la garantie, selon chacun des modules du Sommaire des garanties)

- a) Restaurations
 - aurification (si aucune autre substance n'est appropriée)
 - incrustation
 - incrustation en porcelaine (si aucune autre substance n'est appropriée)

- b) Autres services de restauration
 - corps coulé
 - pivot préfabriqué
 - recimentation d'incrustation ou de couronne
 - ablation d'incrustation ou de couronne

- c) Couronnes (restaurations individuelles seulement), à l'exception des couronnes préfabriquées en acier inoxydable ou polycarbonate, pour une dent qui est fracturée par des caries ou une blessure traumatique et qui ne peut être obturée par de l'amalgame ou du composite. Le remplacement d'une couronne en place est inclus si cette couronne date d'au moins quatre (4) ans.

- d) Prothèses dentaires, telles les ponts fixes, prothèses amovibles partielles ou complètes, à l'exception des prothèses avec des attaches de précision ou des rupteurs de force ou des attaches de précision et des couronnes télescopiques pour les ponts fixes comme suit :
 - construction et insertion d'une prothèse dentaire permanente initiale si cette prothèse est nécessaire en raison de l'extraction d'au moins une dent naturelle pendant que la personne est assurée en vertu de la présente garantie;
 - le remplacement d'une prothèse dentaire en place par une prothèse permanente;
 - si cette prothèse est nécessaire en raison de l'extraction d'au moins une dent naturelle pendant que la personne est couverte en vertu de la présente garantie, ou
 - si la prothèse déjà en place date d'au moins (5) cinq ans, ou
 - si la prothèse déjà en place est temporaire et est remplacée par une prothèse permanente dans les douze (12) mois suivant la date de l'installation de la prothèse temporaire;

- e) les réparations de prothèses (deux par période de douze mois consécutifs).

Section O - Garantie d'assurance soins dentaires (suite)

6) SOINS ORTHODONTIQUES (si inclus dans la garantie, selon chacun des modules du Sommaire des garanties)

Surveillance et ajustement

- a) examen buccal
- b) modèles de diagnostic non montés
- c) appareils amovibles pour repositionner les dents
- d) appareils fixes ou cimentés
- e) appareils de contrôle des habitudes buccales
- f) appareils de rétention
- g) traitement compréhensif majeur.

Les traitements orthodontiques mentionnés ci-dessus doivent être donnés par un orthodontiste dans le but de corriger les irrégularités dentaires chez un enfant à charge âgé d'au moins six (6) ans mais de moins de dix-neuf (19) ans lorsque le traitement commence.

Article IV - Modalités de remboursement des frais afférents aux soins orthodontiques (si inclus dans la garantie, selon chacun des modules du Sommaire des garanties)

Nonobstant toute disposition contraire au présent contrat, le remboursement des frais afférents aux soins orthodontiques a lieu selon l'une des modalités suivantes :

- 1) Si une somme forfaitaire a été fixée pour toute la série de soins et si l'employé paie cette somme à l'orthodontiste en versements convenus, échelonnés selon la durée prévue des soins, l'assureur rembourse l'employé chaque fois qu'il présente à l'assureur une facture ou un reçu en rapport avec le versement convenu.
- 2) Si une somme forfaitaire a été fixée pour toute la série de soins et si l'employé paie cette somme à l'orthodontiste en une somme unique, l'assureur rembourse l'employé trimestriellement comme suit :
 - a) le premier remboursement s'effectue trois (3) mois après le début des soins et les autres remboursements s'effectuent par la suite tous les trois (3) mois;
 - b) le montant du remboursement trimestriel s'obtient en multipliant le versement mensuel moyen par trois;
 - c) le versement mensuel moyen s'obtient en divisant la somme forfaitaire estimée par le nombre de mois pendant lesquels toute la série de soins est présumée se prolonger.
- 3) Si au lieu d'une somme forfaitaire chaque service est facturé au fur et à mesure, l'assureur rembourse l'employé au fur et à mesure que les frais sont engagés.

Section O - Garantie d'assurance soins dentaires (suite)

Article V - Exclusions et réductions de la garantie

- 1) La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :
 - a) tout traitement ou appareil, directement ou indirectement relié à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;
 - b) les soins donnés par un hygiéniste dentaire qui ne sont pas administrés sous la surveillance d'un dentiste, sauf si, dans une province donnée, une telle supervision n'est plus légalement requise;
 - c) les soins dentaires admissibles en vertu de l'Assurance accident maladie faisant partie de la GARANTIE D'ASSURANCE SANTÉ du contrat;
 - d) les services et fournitures relatifs au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport;
 - e) tous les frais payables ou remboursables en vertu d'un régime d'assurance gouvernemental ou privé ou qui habituellement l'auraient été si une réclamation avait été soumise;
 - f) tous frais payables en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail ou de toute société de l'assurance automobile, ou de toute loi ou régime semblables, le cas échéant;
 - g) toute tentative de suicide ou toute blessure que l'assuré s'inflige volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
 - h) blessure subie lors de la participation active de l'adhérent à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, sauf dans l'accomplissement de ses fonctions, ou blessure subie durant une guerre;
 - i) les soins qui ne sont pas médicalement nécessaires, qui sont donnés dans un but esthétique, sauf dans le cas des restaurations en composite;
 - j) les soins qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique;
 - k) les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de l'assuré;
 - l) les soins ou services reliés aux implants et aux facettes;
 - m) le jumelage pour des raisons de parodontie, lorsqu'on utilise à cette fin des couronnes ou des incrustations, avec ou sans recouvrement de cuspides;
 - n) tous frais, services, articles ou produits n'apparaissant pas dans la description des frais admissibles de la présente garantie.

Section O - Garantie d'assurance soins dentaires (suite)

2) Restriction

Aucun remboursement n'est effectué relativement à toute partie des frais en sus des frais suggérés dans le guide des tarifs approprié pour le traitement le moins coûteux qui donne un résultat adéquat du point de vue professionnel.

Le remboursement des frais de laboratoire se limite aux frais de laboratoire raisonnables et habituels de la localité où les services sont rendus. Toutefois, le remboursement total des frais de laboratoire ne doit en aucun cas dépasser 60 % des frais suggérés dans le guide des tarifs approprié pour le traitement dentaire spécifique nécessitant des services de laboratoire.

3) Limitation des prestations

Pour tout assuré dont l'assurance entre en vigueur plus de trente et un (31) jours après sa date d'admissibilité à l'assurance, le montant maximum remboursable en vertu de cette garantie pour tous les soins couverts est limité à 250 \$ au cours des douze (12) premiers mois d'assurance.

Article VI - Évaluation préalable des prestations

Lorsque le coût global estimatif d'une série proposée de soins dentaires dépasse 500 \$, l'adhérent ou la personne à charge doit présenter un plan de traitement détaillé à l'assureur avant le commencement de ce traitement. L'assureur informe alors l'adhérent du remboursement auquel celui-ci ou la personne à charge a droit conformément aux dispositions du présent 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 ou la personne à charge devra présenter un nouveau plan de traitement à l'assureur en vue d'une nouvelle évaluation.

Article VII - Couverture après la cessation

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

Article VIII – Prestations aux survivants

Advenant le décès de l'adhérent, ses personnes à charge continuent d'être assurées sans paiement de primes. Cependant, l'assurance se termine à la première des dates suivantes :

- la date de résiliation du contrat;
- vingt-quatre (24) mois après la date du décès de l'adhérent;
- la date de prise d'effet d'une assurance semblable auprès d'un autre assureur;
- la date à laquelle les personnes à charge cessent d'être des personnes à charge admissibles, pour des raisons autres que le décès de l'adhérent.

SOMMAIRE DES GARANTIES

SOMMAIRE DES GARANTIES

NOM DU PRENEUR : SÉPAQ

NUMÉRO DU GROUPE : 96590

DIVISIONS : PARC AQUARIUM – SÉPAQ
JARDIN ZOOLOGIQUE - SPSNQ

DATE D'EFFET : 1^{ER} SEPTEMBRE 2013

CATÉGORIE D'ADHÉRENTS : Tous les employés

MINIMUM D'HEURES DE TRAVAIL PAR SEMAINE : 20 heures

DÉLAI D'ADMISSION : 3 mois de travail continu

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

MODULE A

Nom du preneur	SÉPAQ
Numéro du groupe	96590
Catégorie	Tous les adhérents
Date d'effet	1^{er} septembre 2013

Montant assurable	2 fois le salaire annuel
Mode d'arrondissement	Au 1 000 \$ supérieur
Maximum sans preuve d'assurabilité	250 000 \$
Maximum avec preuve d'assurabilité	900 000 \$
Réduction à 65 ans	50 % du montant d'assurance
Exonération des primes	Oui, jusqu'à 65 ans
Prestation pour maladie en phase terminale	Incluse
Fin de la garantie	70 ans (ou retraite, si antérieure)

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

MODULE B

Nom du preneur	SÉPAQ
Numéro du groupe	96590
Catégorie	Tous les adhérents
Date d'effet	1^{er} septembre 2013

Montant assurable	1 fois le salaire annuel
Mode d'arrondissement	Au 1 000 \$ supérieur
Maximum sans preuve d'assurabilité	220 000 \$
Maximum avec preuve d'assurabilité	500 000 \$
Réduction à 65 ans	50 % du montant d'assurance
Exonération des primes	Oui, jusqu'à 65 ans
Prestation pour maladie en phase terminale	Incluse
Fin de la garantie	70 ans (ou retraite, si antérieure)

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

MODULE C

Nom du preneur	SÉPAQ
Numéro du groupe	96590
Catégorie	Tous les adhérents
Date d'effet	1^{er} septembre 2013

Montant assurable	0,5 fois le salaire annuel
Mode d'arrondissement	Au 1 000 \$ supérieur
Maximum sans preuve d'assurabilité	110 000 \$
Maximum avec preuve d'assurabilité	250 000 \$
Réduction à 65 ans	50 % du montant d'assurance
Exonération des primes	Oui, jusqu'à 65 ans
Prestation pour maladie en phase terminale	Incluse
Fin de la garantie	70 ans (ou retraite, si antérieure)

ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE

MODULES A ET B

Nom du preneur	SÉPAQ
Numéro du groupe	96590
Catégorie	Tous les adhérents
Date d'effet	1^{er} septembre 2013

Montant d'assurance :

- **Conjoint** 10 000 \$
- **Pour chaque enfant *** 5 000 \$

Exonération des primes Oui, jusqu'à 65 ans (âge de l'adhérent)

Prestations aux survivants S/O

Fin de la garantie 70 ans ou retraite, si antérieure (âge de l'adhérent)

* dès la naissance ou 28 semaines de gestation si mort-né

ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE

MODULE C

Nom du preneur	SÉPAQ
Numéro du groupe	96590
Catégorie	Tous les adhérents
Date d'effet	1^{er} septembre 2013

Montant d'assurance :

- **Conjoint** 5 000 \$
- **Pour chaque enfant *** 2 500 \$

Exonération des primes Oui, jusqu'à 65 ans (âge de l'adhérent)

Prestations aux survivants S/O

Fin de la garantie 70 ans ou retraite, si antérieure (âge de l'adhérent)

* dès la naissance ou 28 semaines de gestation si mort-né

ASSURANCE VIE FACULTATIVE**MODULES A , B ET C**

Nom du preneur **SÉPAQ**
Numéro du groupe **96590**
Catégorie **Tous les adhérents**
Date d'effet **1^{er} septembre 2013**

Montant assurable :

- **Adhérent**
Maximum avec preuve d'assurabilité Multiple de 10 000 \$
800 000 \$, incluant l'assurance vie de base
- **Conjoint**
Maximum avec preuve d'assurabilité Multiple de 5 000 \$
50 % du montant d'assurance vie facultative
de l'adhérent
- **Pour chaque enfant**
Maximum avec preuve d'assurabilité Multiple de 1 000 \$
25 % du montant d'assurance vie facultative
de l'adhérent

Exonération des primes

Oui, jusqu'à 65 ans

Fin de la garantie :

- **Adhérent et enfant(s)** 65 ans ou retraite, si antérieure
(âge de l'adhérent)
- **Conjoint** La première des dates suivantes :
 - 65^e anniversaire du conjoint
 - 65^e anniversaire de l'adhérent
(ou sa retraite, si antérieure)

ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT
DE L'ADHÉRENT

MODULE A

Nom du preneur	SÉPAQ
Numéro du groupe	96590
Catégorie	Tous les adhérents
Date d'effet	1 ^{er} septembre 2013

Montant assurable	2 fois le salaire annuel
Mode d'arrondissement	Au 1 000 \$ supérieur
Maximum sans preuve d'assurabilité	250 000 \$
Maximum avec preuve d'assurabilité	900 000 \$
Réduction à 65 ans	50 % du montant d'assurance
Exonération des primes	Oui, jusqu'à 65 ans
Fin de la garantie	70 ans (ou retraite, si antérieure)

ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT
DE L'ADHÉRENT

MODULE B

Nom du preneur	SÉPAQ
Numéro du groupe	96590
Catégorie	Tous les adhérents
Date d'effet	1 ^{er} septembre 2013

Montant assurable	1 fois le salaire annuel
Mode d'arrondissement	Au 1 000 \$ supérieur
Maximum sans preuve d'assurabilité	220 000 \$
Maximum avec preuve d'assurabilité	500 000 \$
Réduction à 65 ans	50 % du montant d'assurance
Exonération des primes	Oui, jusqu'à 65 ans
Fin de la garantie	70 ans (ou retraite, si antérieure)

ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT
DE L'ADHÉRENT

MODULE C

Nom du preneur	SÉPAQ
Numéro du groupe	96590
Catégorie	Tous les adhérents
Date d'effet	1 ^{er} septembre 2013

Montant assurable	0,5 fois le salaire annuel
Mode d'arrondissement	Au 1 000 \$ supérieur
Maximum sans preuve d'assurabilité	110 000 \$
Maximum avec preuve d'assurabilité	250 000 \$
Réduction à 65 ans	50 % du montant d'assurance
Exonération des primes	Oui, jusqu'à 65 ans
Fin de la garantie	70 ans (ou retraite, si antérieure)

ASSURANCE MALADIES GRAVES**MODULES A ET B**

Nom du preneur	SÉPAQ
Numéro du groupe	96590
Catégorie	Tous les adhérents
Date d'effet	1^{er} septembre 2013

**Montant d'assurance
par maladie grave :**

- | | |
|-------------|-----------|
| • Adhérent | 50 000 \$ |
| • Conjoint | 10 000 \$ |
| • Enfant(s) | 5 000 \$ |

Maximum à vie	2 maladies graves indépendantes
----------------------	---------------------------------

Délai de carence	30 jours
-------------------------	----------

Exonération des primes	Oui, durée maximale de 12 mois
-------------------------------	--------------------------------

Fin de la garantie :

- | | |
|-------------------------|---|
| • Adhérent et enfant(s) | 65 ans ou retraite, si antérieure
(âge de l'adhérent) |
| • Conjoint | La première des dates suivantes : <ul style="list-style-type: none">• 65^e anniversaire du conjoint• 65^e anniversaire de l'adhérent
(ou sa retraite, si antérieure) |

ASSURANCE MALADIES GRAVES**MODULE C**

Nom du preneur	SÉPAQ
Numéro du groupe	96590
Catégorie	Tous les adhérents
Date d'effet	1^{er} septembre 2013

**Montant d'assurance
par maladie grave :**

- | | |
|-------------|-----------|
| • Adhérent | 25 000 \$ |
| • Conjoint | 5 000 \$ |
| • Enfant(s) | 2 500 \$ |

Maximum à vie	2 maladies graves indépendantes
----------------------	---------------------------------

Délai de carence	30 jours
-------------------------	----------

Exonération des primes	Oui, durée maximale de 12 mois
-------------------------------	--------------------------------

Fin de la garantie :

- | | |
|-------------------------|---|
| • Adhérent et enfant(s) | 65 ans ou retraite, si antérieure
(âge de l'adhérent) |
| • Conjoint | La première des dates suivantes : <ul style="list-style-type: none">• 65^e anniversaire du conjoint• 65^e anniversaire de l'adhérent
(ou sa retraite, si antérieure) |

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

MODULES A, B ET C

Nom du preneur **SÉPAQ**
Numéro du groupe **96590**
Catégorie **Tous les adhérents**
Date d'effet **1^{er} septembre 2013**

Montant assurable	75 % du salaire hebdomadaire, arrondi au dollar supérieur
Maximum sans preuve d'assurabilité	1 000 \$
Maximum avec preuve d'assurabilité	1 500 \$
Délai de carence :	
• Hospitalisation ou chirurgie d'un jour	14 jours
• Accident	14 jours
• Maladie	14 jours
Durée maximale des prestations	17 semaines
Imposition des prestations	Oui
Intégration à la CAEC	Non
Exonération des primes	S/O (l'assurance salaire de courte durée cesse pendant l'exonération de l'assurance vie)
Fin de la garantie	70 ans (ou retraite, si antérieure)

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

MODULES A, B ET C

Nom du preneur	SÉPAQ
Numéro du groupe	96590
Catégorie	Tous les adhérents
Date d'effet	1^{er} septembre 2013

Montant assurable	75 % des premiers 3 000 \$ du salaire mensuel, plus 50 % de l'excédent
Maximum sans preuve d'assurabilité	4 000 \$
Maximum avec preuve d'assurabilité	6 000 \$
Délai de carence	Fin des prestations d'assurance salaire de courte durée
Durée maximale des prestations	Jusqu'à l'âge de 65 ans
Indexation au coût de la vie	Aucune indexation
Imposition des prestations	Oui
Réduction directe des prestations (RRQ, RPC et lois sociales)	Oui
Notion de propre emploi	24 mois
Coordination : l'ensemble des prestations ne doit pas excéder	85 % du salaire brut
Conditions préexistantes	Applicables (pour une maladie qui s'est manifestée dans les 3 mois précédant la date d'entrée en vigueur de l'assurance)
Exonération des primes	Oui, jusqu'à la durée maximale des prestations
Fin de la garantie	65 ans (ou retraite, si antérieure)
Posaction Plus	Inclus

ASSURANCE SANTÉ - MÉDICAMENTS

MODULE A

Nom du preneur	SÉPAQ
Numéro du groupe	96590
Catégorie	Tous les adhérents
Date d'effet	1 ^{er} septembre 2013

GÉNÉRALITÉS

Franchise	3 \$ par médicament prescrit
Mode de remboursement	Paiement direct
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de primes
Exonération des primes	Oui, jusqu'à 65 ans
Protection supplémentaire offerte aux assurés couverts par le régime public de la RAMQ	Oui, coordination des prestations avec la RAMQ
Fin de la garantie	À la retraite

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximum</u>
Liste régulière	80 %	illimité
Injections sclérosantes	80 %	20 \$ / visite
Médicaments contre la stérilité	80 %	3 000 \$ à vie *
Vaccins préventifs	80 %	100 \$ / année civile

* lorsque le maximum viager est atteint à l'égard d'un assuré, les médicaments contre la stérilité qui font partie de la liste de la RAMQ continuent d'être admissibles en vertu de la présente garantie.

ASSURANCE SANTÉ – ACCIDENT/MALADIE

MODULE A

Nom du preneur	SÉPAQ
Numéro du groupe	96590
Catégorie	Tous les adhérents
Date d'effet	1 ^{er} septembre 2013

GÉNÉRALITÉS

Franchise	Aucune
Franchise sur :	s/o
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de primes
Exonération des primes	Oui, jusqu'à 65 ans
Fin de la garantie	À la retraite

HOSPITALISATION (sans franchise)

	<u>Pourcentage du remboursement</u>	<u>Remboursement maximum</u>	<u>Durée maximale par année civile</u>
Soins actifs	100 %	Chambre à deux lits	illimitée
Convalescence ou réadaptation physique	100 %	50 \$ par jour	120 jours

PATIENTS DIRIGÉS HORS CANADA (sans franchise)

<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximum</u>
100 %	500 000 \$ à vie

LUNETTES ET VERRES DE CONTACT (sans franchise)

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximum global</u>
Lunettes ou verres de contact, lentilles intraoculaires implantées lors d'une chirurgie de la cataracte et chirurgie au laser	100 %	250 \$ / 24 mois consécutifs

ASSURANCE SANTÉ – ACCIDENT/MALADIE (SUITE)

MODULE A

Nom du preneur **SÉPAQ**
Numéro du groupe **96590**
Catégorie **Tous les adhérents**
Date d'effet **1^{er} septembre 2013**

	PARAMÉDICAUX			
	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximum par visite</u>	<u>Remboursement maximum par année civile</u>	<u>Global ou parti- culier*</u>
Psychologue	100 %	illimité	500 \$	G1
Psychiatre	100 %	illimité	500 \$	G1
Travailleur social	100 %	illimité	500 \$	G1
Physiothérapeute	100 %	illimité	500 \$	G2
Technicien en réadaptation physique	100 %	illimité	500 \$	G2
Thérapeute du sport	100 %	illimité	500 \$	G2
Chiropraticien	100 %	illimité	500 \$	P
Radiographies (chiropraticien)	100 %	illimité	40 \$	P
Ostéopathe	100 %	illimité	500 \$	G3
Radiographies (ostéopathe)	100 %	illimité	40 \$	P
Podiatre (ou pédicure)	100 %	illimité	500 \$	P
Radiographies (podiatre ou pédicure)	100 %	illimité	40 \$	P
Naturopathe	100 %	illimité	500 \$	G5
Radiographies (naturopathe)	100 %	illimité	40 \$	P
Acupuncteur	100 %	illimité	500 \$	G5
Homéopathe	100 %	illimité	500 \$	G5
Diététiste	100 %	illimité	500 \$	G5
Audiologiste	100 %	illimité	500 \$	G4
Orthophoniste	100 %	illimité	500 \$	G4
Ergothérapeute	100 %	illimité	500 \$	G5
Massothérapeute	100 %	illimité	500 \$	G3
Kinothérapeute	100 %	illimité	500 \$	G5
Orthothérapeute	100 %	illimité	500 \$	G5

* G = maximum global pour tous les paramédicaux; P = maximum particulier par professionnel

ASSURANCE SANTÉ – ACCIDENT/MALADIE (SUITE)

MODULE A

Nom du preneur **SÉPAQ**
 Numéro du groupe **96590**
 Catégorie **Tous les adhérents**
 Date d'effet **1^{er} septembre 2013**

FOURNITURES ET SERVICES MÉDICAUX		
	Pourcentage de remboursement	Remboursement maximum
Soins infirmiers	100 %	10 000 \$ / année civile
Service ambulancier	100 %	illimité
Chaussures orthopédiques	100 %	200 \$ / année civile
Orthèses podiatriques	100 %	300 \$ / année civile
Bas de contention	100 %	200 \$ / année civile
Prothèses auditives	100 %	300 \$ / 3 années civiles
Stérilet	100 %	75 \$ / 2 années civiles
TENS (neurostimulateur transcutané)	100 %	300 \$ / 5 années civiles
Appareils pour diabétiques	100 %	200 \$ / année civile
Soins dentaires à la suite d'un accident	100 %	illimité
Examen de la vue	100 %	75 \$ / 24 mois consécutifs
Prothèses		
• membres artificiels (incluant le bras myoélectrique), yeux artificiels	100 %	illimité
• prothèses capillaires à la suite d'une chimiothérapie	100 %	300 \$ à vie
• prothèses mammaires	100 %	250 \$ / année civile
Aides à la mobilité et appareils orthopédiques		
• fauteuil roulant manuel standard	100 %	1 / 5 années civiles
• béquilles, cannes, marchettes, plâtres, bandages herniaires, appareils orthopédiques, collets cervicaux et orthèses	100 %	illimité
Équipement médical		
• lit d'hôpital manuel standard, pompe à insuline et fournitures, pompe de compression, vibromasseur, pompe à suction, Bi-PAP, CPAP, respirateur et matériel de traction	100 %	1 / 5 années civiles / article
Tests diagnostiques		
• analyses de laboratoire, rayons X, électrocardiogrammes, tomographies par ordinateur (CT Scans), échographies, imagerie par résonance magnétique (IRM)	100 %	1 000 \$ / année civile
Autres fournitures et services médicaux		
• oxygène	100 %	illimité
• appareils pour administrer l'oxygène	100 %	1 / 5 années civiles
• fournitures pour personnes stomisées et larynx artificiel	100 %	illimité
• vêtements compressifs pour brûlures majeures	100 %	illimité
• entraînement visuel	100 %	150 \$ à vie
• aides orthophoniques	100 %	500 \$ à vie
• matériel pour les tests d'allergies	100 %	50 \$ / année civile
• manchons pour lymphoedème	100 %	2 / année civile

ASSURANCE SANTÉ - MÉDICAMENTS

MODULE B

Nom du preneur	SÉPAQ
Numéro du groupe	96590
Catégorie	Tous les adhérents
Date d'effet	1 ^{er} septembre 2013

GÉNÉRALITÉS

Franchise	3 \$ par médicament prescrit
Mode de remboursement	Paiement différé
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de primes
Exonération des primes	Oui, jusqu'à 65 ans
Protection supplémentaire offerte aux assurés couverts par le régime public de la RAMQ	Oui, coordination des prestations avec la RAMQ
Fin de la garantie	À la retraite

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximum</u>
Liste régulière	80 %	illimité
Injections sclérosantes	80 %	20 \$ / visite
Médicaments contre la stérilité	80 %	3 000 \$ à vie *
Vaccins préventifs	s/o	s/o

* lorsque le maximum viager est atteint à l'égard d'un assuré, les médicaments contre la stérilité qui font partie de la liste de la RAMQ continuent d'être admissibles en vertu de la présente garantie.

ASSURANCE SANTÉ – ACCIDENT/MALADIE

MODULE B

Nom du preneur	SÉPAQ
Numéro du groupe	96590
Catégorie	Tous les adhérents
Date d'effet	1 ^{er} septembre 2013

GÉNÉRALITÉS

Franchise	Aucune
Franchise sur :	s/o
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de primes
Exonération des primes	Oui, jusqu'à 65 ans
Fin de la garantie	À la retraite

HOSPITALISATION (sans franchise)

	<u>Pourcentage du remboursement</u>	<u>Remboursement maximum</u>	<u>Durée maximale par année civile</u>
Soins actifs	100 %	Chambre à deux lits	illimitée
Convalescence ou réadaptation physique	100 %	50 \$ par jour	120 jours

PATIENTS DIRIGÉS HORS CANADA (sans franchise)

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximum</u>
	100 %	500 000 \$ à vie

LUNETTES ET VERRES DE CONTACT (sans franchise)

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximum global</u>
Lunettes ou verres de contact, lentilles intraoculaires implantées lors d'une chirurgie de la cataracte et chirurgie au laser	s/o	s/o

ASSURANCE SANTÉ – ACCIDENT/MALADIE (SUITE)

MODULE B

Nom du preneur **SÉPAQ**
 Numéro du groupe **96590**
 Catégorie **Tous les adhérents**
 Date d'effet **1^{er} septembre 2013**

	PARAMÉDICAUX			
	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximum par visite</u>	<u>Remboursement maximum par année civile</u>	<u>Global ou parti- culier*</u>
Psychologue	100 %	illimité	300 \$	G1
Psychiatre	100 %	illimité	300 \$	G1
Travailleur social	100 %	illimité	300 \$	G1
Physiothérapeute	100 %	illimité	300 \$	G2
Technicien en réadaptation physique	100 %	illimité	300 \$	G2
Thérapeute du sport	100 %	illimité	300 \$	G2
Chiropraticien	100 %	illimité	300 \$	P
Radiographies (chiropraticien)	100 %	illimité	40 \$	P
Ostéopathe	100 %	illimité	300 \$	G3
Radiographies (ostéopathe)	100 %	illimité	40 \$	P
Podiatre (ou pédicure)	100 %	illimité	300 \$	P
Radiographies (podiatre ou pédicure)	100 %	illimité	40 \$	P
Naturopathe	100 %	illimité	300 \$	G5
Radiographies (naturopathe)	100 %	illimité	40 \$	P
Acupuncteur	100 %	illimité	300 \$	G5
Homéopathe	100 %	illimité	300 \$	G5
Diététiste	100 %	illimité	300 \$	G5
Audiologiste	100 %	illimité	300 \$	G4
Orthophoniste	100 %	illimité	300 \$	G4
Ergothérapeute	100 %	illimité	300 \$	G5
Massothérapeute	100 %	illimité	300 \$	G3
Kinothérapeute	100 %	illimité	300 \$	G5
Orthothérapeute	100 %	illimité	300 \$	G5

* G = maximum global pour tous les paramédicaux; P = maximum particulier par professionnel

ASSURANCE SANTÉ – ACCIDENT/MALADIE (SUITE)

MODULE B

Nom du preneur SÉPAQ
 Numéro du groupe 96590
 Catégorie Tous les adhérents
 Date d'effet 1^{er} septembre 2013

FOURNITURES ET SERVICES MÉDICAUX		
	Pourcentage de remboursement	Remboursement maximum
Soins infirmiers	100 %	10 000 \$ / année civile
Service ambulancier	100 %	illimité
Chaussures orthopédiques	100 %	200 \$ / année civile
Orthèses podiatriques	100 %	300 \$ / année civile
Bas de contention	100 %	200 \$ / année civile
Prothèses auditives	100 %	300 \$ / 3 années civiles
Stérilet	100 %	75 \$ / 2 années civiles
TENS (neurostimulateur transcutané)	100 %	300 \$ / 5 années civiles
Appareils pour diabétiques	100 %	200 \$ / année civile
Soins dentaires à la suite d'un accident	100 %	illimité
Examen de la vue	100 %	50 \$ / 24 mois consécutifs
Prothèses		
• membres artificiels (incluant le bras myoélectrique), yeux artificiels	100 %	illimité
• prothèses capillaires à la suite d'une chimiothérapie	100 %	300 \$ à vie
• prothèses mammaires	100 %	250 \$ / année civile
Aides à la mobilité et appareils orthopédiques		
• fauteuil roulant manuel standard	100 %	1 / 5 années civiles
• béquilles, cannes, marchettes, plâtres, bandages herniaires, appareils orthopédiques, collets cervicaux et orthèses	100 %	illimité
Équipement médical		
• lit d'hôpital manuel standard, pompe à insuline et fournitures, pompe de compression, vibromasseur, pompe à suction, Bi-PAP, CPAP, respirateur et matériel de traction	100 %	1 / 5 années civiles / article
Tests diagnostiques		
• analyses de laboratoire, rayons X, électrocardiogrammes, tomographies par ordinateur (CT Scans), échographies, imagerie par résonance magnétique (IRM)	100 %	1 000 \$ / année civile
Autres fournitures et services médicaux		
• oxygène	100 %	illimité
• appareils pour administrer l'oxygène	100 %	1 / 5 années civiles
• fournitures pour personnes stomisées et larynx artificiel	100 %	illimité
• vêtements compressifs pour brûlures majeures	100 %	illimité
• entraînement visuel	100 %	150 \$ à vie
• aides orthophoniques	100 %	500 \$ à vie
• matériel pour les tests d'allergies	100 %	50 \$ / année civile
• manchons pour lymphoedème	100 %	2 / année civile

ASSURANCE SANTÉ - MÉDICAMENTS

MODULE C

Nom du preneur	SÉPAQ
Numéro du groupe	96590
Catégorie	Tous les adhérents
Date d'effet	1 ^{er} septembre 2013

GÉNÉRALITÉS

Franchise	5 \$ par médicament prescrit
Mode de remboursement	Paiement différé
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de primes
Exonération des primes	Oui, jusqu'à 65 ans
Protection supplémentaire offerte aux assurés couverts par le régime public de la RAMQ	Oui, coordination des prestations avec la RAMQ
Fin de la garantie	À la retraite

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximum</u>
Liste régulière	70 %	illimité
Injections sclérosantes	70 %	20 \$ / visite
Médicaments contre la stérilité	70 %	3 000 \$ à vie *
Vaccins préventifs	s/o	s/o

* lorsque le maximum viager est atteint à l'égard d'un assuré, les médicaments contre la stérilité qui font partie de la liste de la RAMQ continuent d'être admissibles en vertu de la présente garantie.

ASSURANCE SANTÉ – ACCIDENT/MALADIE

MODULE C

Nom du preneur	SÉPAQ
Numéro du groupe	96590
Catégorie	Tous les adhérents
Date d'effet	1 ^{er} septembre 2013

GÉNÉRALITÉS

Franchise	25 \$ par assuré, maximum de 50 \$ par famille, par année civile
Franchise sur :	- SERVICES PARAMÉDICAUX - FOURNITURES ET SERVICES MÉDICAUX
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de primes
Exonération des primes	Oui, jusqu'à 65 ans
Fin de la garantie	À la retraite

HOSPITALISATION (sans franchise)

	<u>Pourcentage du remboursement</u>	<u>Remboursement maximum</u>	<u>Durée maximale par année civile</u>
Soins actifs	100 %	Chambre à deux lits	illimitée
Convalescence ou réadaptation physique	100 %	50 \$ par jour	120 jours

PATIENTS DIRIGÉS HORS CANADA (sans franchise)

<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximum</u>
100 %	500 000 \$ à vie

LUNETTES ET VERRES DE CONTACT (sans franchise)

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximum global</u>
Lunettes ou verres de contact, lentilles intraoculaires implantées lors d'une chirurgie de la cataracte et chirurgie au laser	s/o	s/o

ASSURANCE SANTÉ – ACCIDENT/MALADIE (SUITE)

MODULE C

Nom du preneur **SÉPAQ**
 Numéro du groupe **96590**
 Catégorie **Tous les adhérents**
 Date d'effet **1^{er} septembre 2013**

	PARAMÉDICAUX			
	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximum par visite</u>	<u>Remboursement maximum par année civile</u>	<u>Global ou parti- culier*</u>
Psychologue	80 %	illimité	300 \$	G
Psychiatre	80 %	illimité	300 \$	G
Travailleur social	80 %	illimité	300 \$	G
Physiothérapeute	80 %	illimité	300 \$	G
Technicien en réadaptation physique	80 %	illimité	300 \$	G
Thérapeute du sport	80 %	illimité	300 \$	G
Chiropraticien	80 %	illimité	300 \$	P
Radiographies (chiropraticien)	s/o	s/o	s/o	s/o
Ostéopathe	s/o	s/o	s/o	s/o
Radiographies (ostéopathe)	s/o	s/o	s/o	s/o
Podiatre (ou pédicure)	s/o	s/o	s/o	s/o
Radiographies (podiatre ou pédicure)	s/o	s/o	s/o	s/o
Naturopathe	s/o	s/o	s/o	s/o
Radiographies (naturopathe)	s/o	s/o	s/o	s/o
Acupuncteur	s/o	s/o	s/o	s/o
Homéopathe	s/o	s/o	s/o	s/o
Dététiste	s/o	s/o	s/o	s/o
Audiologiste	s/o	s/o	s/o	s/o
Orthophoniste	s/o	s/o	s/o	s/o
Ergothérapeute	s/o	s/o	s/o	s/o
Massothérapeute	s/o	s/o	s/o	s/o
Kinothérapeute	s/o	s/o	s/o	s/o
Orthothérapeute	s/o	s/o	s/o	s/o

* G = maximum global pour tous les paramédicaux; P = maximum particulier par professionnel

ASSURANCE SANTÉ – ACCIDENT/MALADIE (SUITE)

MODULE C

Nom du preneur SÉPAQ
 Numéro du groupe 96590
 Catégorie Tous les adhérents
 Date d'effet 1^{er} septembre 2013

FOURNITURES ET SERVICES MÉDICAUX		
	Pourcentage de remboursement	Remboursement maximum
Soins infirmiers	80 %	10 000 \$ / année civile
Service ambulancier	80 %	illimité
Chaussures orthopédiques	80 %	200 \$ / année civile
Orthèses podiatriques	80 %	300 \$ / année civile
Bas de contention	80 %	200 \$ / année civile
Prothèses auditives	80 %	300 \$ / 3 années civiles
Stérilet	80 %	75 \$ / 2 années civiles
TENS (neurostimulateur transcutané)	80 %	300 \$ / 5 années civiles
Appareils pour diabétiques	80 %	200 \$ / année civile
Soins dentaires à la suite d'un accident	80 %	illimité
Examen de la vue	s/o	s/o
Prothèses		
• membres artificiels (incluant le bras myoélectrique), yeux artificiels	80 %	illimité
• prothèses capillaires à la suite d'une chimiothérapie	80 %	300 \$ à vie
• prothèses mammaires	80 %	250 \$ / année civile
Aides à la mobilité et appareils orthopédiques		
• fauteuil roulant manuel standard	80 %	1 / 5 années civiles
• béquilles, cannes, marchettes, plâtres, bandages herniaires, appareils orthopédiques, collets cervicaux et orthèses	80 %	illimité
Équipement médical		
• lit d'hôpital manuel standard, pompe à insuline et fournitures, pompe de compression, vibromasseur, pompe à suction, Bi-PAP, CPAP, respirateur et matériel de traction	80 %	1 / 5 années civiles / article
Tests diagnostiques		
• analyses de laboratoire, rayons X, électrocardiogrammes, tomographies par ordinateur (CT Scans), échographies, imagerie par résonance magnétique (IRM)	80 %	1 000 \$ / année civile
Autres fournitures et services médicaux		
• oxygène	80 %	illimité
• appareils pour administrer l'oxygène	80 %	1 / 5 années civiles
• fournitures pour personnes stomisées et larynx artificiel	80 %	illimité
• vêtements compressifs pour brûlures majeures	80 %	illimité
• entraînement visuel	80 %	150 \$ à vie
• aides orthophoniques	80 %	500 \$ à vie
• matériel pour les tests d'allergies	80 %	50 \$ / année civile
• manchons pour lymphoedème	80 %	2 / année civile

ASSURANCE SANTÉ - VOYAGE

MODULES A, B ET C

Nom du preneur	SÉPAQ
Numéro du groupe	96590
Catégorie	Tous les adhérents
Date d'effet	1 ^{er} septembre 2013

<u>GÉNÉRALITÉS</u>	
Franchise	Aucune
Assistance voyage	Incluse
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de primes
Exonération des primes	Oui, jusqu'à 65 ans
Fin de la garantie	75 ans, ou retraite si antérieure (âge de l'adhérent)

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximum</u>
Assurance médico-hospitalière	100 %	2 000 000 \$ par événement, par assuré
Assurance annulation et interruption de voyage	100 %	5 000 \$ par voyage, par assuré
Assurance bagages	100 %	500 \$ par voyage, par assuré
Durée de la protection par voyage : (âge de l'adhérent et/ou du conjoint)		
• moins de 65 ans		Les premiers 180 jours du voyage *
• 65 ans à 69 ans		Les premiers 60 jours du voyage *
• 70 ans et plus		Les premiers 30 jours du voyage *
* l'assuré doit demeurer en tout temps couvert par le régime provincial		

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

MODULE A

Nom du preneur	SÉPAQ
Numéro du groupe	96590
Catégorie	Tous les adhérents
Date d'effet	1 ^{er} septembre 2013

GÉNÉRALITÉS

Franchise	25 \$ par assuré, maximum de 50 \$ par famille, par année civile
Mode de remboursement	Transmission électronique
Guide des tarifs	Année courante
Examens de rappel	2 par 12 mois consécutifs
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de primes
Exonération des primes	Oui, jusqu'à 65 ans
Fin de la garantie	À la retraite

CATÉGORIES DE SOINS DENTAIRES

	<u>Pourcentage du remboursement</u>	<u>Remboursement maximum</u>	<u>Global ou particulier*</u>
Soins préventifs	100 %	1 500 \$	G
Soins de base	80 %	1 500 \$	G
Endodontie	80 %	1 500 \$	G
Parodontie	80 %	1 500 \$	G
Soins de restauration majeure	80 %	1 500 \$	G
Soins orthodontiques pour enfants à charge (de 6 à 19 ans)	60 %	2 500 \$	P à vie

*G = maximum global par année civile, par assuré; P = maximum particulier par catégorie, par assuré

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

MODULE B

Nom du preneur	SÉPAQ
Numéro du groupe	96590
Catégorie	Tous les adhérents
Date d'effet	1 ^{er} septembre 2013

GÉNÉRALITÉS

Franchise	25 \$ par assuré, maximum de 50 \$ par famille, par année civile
Mode de remboursement	Transmission électronique
Guide des tarifs	Année courante
Examens de rappel	2 par 12 mois consécutifs
Prestations aux survivants	24 mois, sans paiement de primes
Exonération des primes	Oui, jusqu'à 65 ans
Fin de la garantie	À la retraite

CATÉGORIES DE SOINS DENTAIRES

	<u>Pourcentage du remboursement</u>	<u>Remboursement maximum</u>	<u>Global ou particulier*</u>
Soins préventifs	80 %	1 000 \$	G
Soins de base	80 %	1 000 \$	G
Endodontie	80 %	1 000 \$	G
Parodontie	80 %	1 000 \$	G
Soins de restauration majeure	s/o	s/o	s/o
Soins orthodontiques pour enfants à charge (de 6 à 19 ans)	s/o	s/o	s/o

*G = maximum global par année civile, par assuré; P = maximum particulier par catégorie, par assuré

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

MODULE C

Nom du preneur	SÉPAQ
Numéro du groupe	96590
Catégorie	Tous les adhérents
Date d'effet	1 ^{er} septembre 2013

<u>GÉNÉRALITÉS</u>	
Franchise	s/o
Mode de remboursement	s/o
Guide des tarifs	s/o
Examens de rappel	s/o
Prestations aux survivants	s/o
Exonération des primes	s/o
Fin de la garantie	s/o

<u>CATÉGORIES DE SOINS DENTAIRES</u>			
	<u>Pourcentage du remboursement</u>	<u>Remboursement maximum</u>	<u>Global ou particulier*</u>
Soins préventifs	s/o	s/o	s/o
Soins de base	s/o	s/o	s/o
Endodontie	s/o	s/o	s/o
Parodontie	s/o	s/o	s/o
Soins de restauration majeure	s/o	s/o	s/o
Soins orthodontiques pour enfants à charge (de 6 à 19 ans)	s/o	s/o	s/o

*G = maximum global par année civile, par assuré; P = maximum particulier par catégorie, par assuré

TAUX DE L'ASSURANCE VIE FACULTATIVE

(par 1 000 \$ de volume)

Nom du preneur **SÉPAQ**
Numéro du groupe **96590**
Catégorie **Tous les adhérents**
Date d'effet **1^{er} septembre 2013**

Groupe d'âge	Homme		Femme	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeur
– 30 ans	0,14 \$	0,07 \$	0,05 \$	0,03 \$
30 – 34	0,14	0,07	0,08	0,04
35 – 39	0,15	0,09	0,10	0,05
40 – 44	0,27	0,14	0,16	0,08
45 – 49	0,46	0,26	0,27	0,13
50 – 54	0,76	0,42	0,44	0,21
55 – 59	1,21	0,66	0,74	0,35
60 - 64	1,94	1,06	1,05	0,50

Taux mensuels de 0,05 \$ par 1 000 \$ de volume pour les enfants à charge

Le preneur,

SÉPAQ,

accepte les garanties décrites dans le contrat, sous réserve des termes et conditions qui y sont stipulés et en considération du paiement des primes.

EN FOI DE QUOI,

le présent document est signé à _____,

ce _____ jour de _____ 2013

Par : _____

Titre : _____

ANNEXE I

RATTACHÉE À LA

**GARANTIE D'ASSURANCE SALAIRE
DE LONGUE DURÉE**

PROGRAMME DE GESTION DE L'INVALIDITÉ

POSACTION PLUS

1. Objet du programme

Croix Bleue Medavie offre ce bénéfice afin de fournir aux gestionnaires du titulaire des outils et des solutions concrètes pour les aider à améliorer la gestion de leurs ressources humaines afin de réduire le nombre et la durée des invalidités.

2. Description et étendue du programme

Les services offerts aux gestionnaires et aux employés du titulaire qui sont assurés en vertu de la garantie Assurance salaire de longue durée du présent contrat, incluent les éléments suivants :

2.1 Services offerts aux gestionnaires

2.1.1 Programme de formation

Croix Bleue Medavie fournit un programme de formation à distance conçu pour aider les gestionnaires à gérer différents problèmes vécus avec leur personnel tels que la baisse de performance, l'absentéisme, les conflits au travail, les réactions au changement ou les comportements difficiles. Ce programme est accessible aux gestionnaires du titulaire au moyen de la série de fascicules Trucs de Gestion des Personnes.

2.1.2 Service de coaching téléphonique Coachtel

Croix Bleue Medavie fournit les services de coaching téléphonique confidentiel Coachtel aux gestionnaires du titulaire pour les aider à solutionner des problématiques qui affectent le rendement et la présence au travail du personnel.

2.1.3 Service d'intervention post-traumatique

Un service d'intervention post-traumatique peut être offert soit sous forme de coaching téléphonique ou soit sous forme de debriefing sur les lieux de travail lors d'un événement traumatique vécu en entreprise tel que violence, accident grave, menaces de suicide ou d'homicide, etc.

2.2 Services offerts au personnel

2.2.1 Référence des assurés aux services de résolution de problèmes par l'assureur

Croix Bleue Medavie peut envoyer une lettre et un dépliant explicatif au participant absent du travail pour cause de maladie et pour qui un service d'intervention psychosociale pourrait contribuer à l'amélioration de sa situation. La lettre peut être expédiée selon le délai jugé pertinent comme par exemple lors de la réception d'une demande de prestation en vertu de la rente mensuelle d'invalidité ou au cours de la période durant laquelle le participant reçoit des prestations en vertu de la garantie hebdomadaire, lorsque cette garantie est prévue au présent contrat.

2.2.2 Référence des assurés aux services de résolution de problèmes par les gestionnaires du titulaire

Les gestionnaires du titulaire qui repèrent des employés en difficulté peuvent les référer au service de résolution de problèmes en leur remettant un dépliant. Cette référence a pour objet de réduire les risques d'invalidité.

2.2.3 Service de résolution de problèmes

Les services suivants sont offerts uniquement aux employés qui sont référés par un gestionnaire du titulaire ou par l'assureur et ne sont pas accessibles à l'ensemble du personnel assuré.

1. Service d'aide aux employés et aux membres de leur famille immédiate ayant des problèmes reliés au travail tels qu'épuisement professionnel, perte de motivation, etc.
2. Service d'aide aux employés et aux membres de leur famille immédiate ayant des problèmes personnels tels que perte d'intérêt, fatigue, dépression, etc.
3. Service d'aide aux employés et aux membres de leur famille immédiate ayant des problèmes conjugaux ou familiaux tels que manque de communication, conflits, etc.
4. Service d'aide aux employés et aux membres de leur famille immédiate ayant des problèmes de consommation abusive d'alcool, de drogue ou de médicaments.

Le service est axé sur la prévention et l'intervention à court terme. La durée maximale des services mentionnés est de douze (12) heures par certificat par année contractuelle.

Ces services sont confidentiels et accessibles sans frais par téléphone 24 heures par jour, sept (7) jours par semaine, partout au Canada.

3. Exclusions

Les problèmes d'ordre physique ne sont pas couverts par ce présent programme

4. Partenariat

SOLAREH, Société pour l'Avancement des Ressources Humaines, Inc., est la firme mandatée par Croix Bleue Medavie pour fournir les services du programme Posaction Plus. Cette firme regroupe des professionnels de la relation d'aide et œuvre dans l'ensemble du pays.

5. Terminaison

Ce programme se termine à la date de cessation de la garantie assurance salaire de longue durée de l'employé. Toutefois, si la garantie prend fin suite à une annulation par le titulaire ou l'assureur, les services en cours inhérents à la garantie peuvent se poursuivre pour une période additionnelle de trente (30) jours, jusqu'à concurrence d'un maximum de deux (2) heures, à moins que le maximum prévu de douze (12) heures ne soit atteint avant.

ANNEXE II

SERVICE *DEUXIÈME OPINION*^{MC}

Définitions

Service *Deuxième opinion* désigne la révision approfondie du dossier médical de l'assuré, effectuée par CanAssistance Inc., les médecins *Deuxième opinion* du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et le médecin traitant de l'assuré, dans le cas d'une condition médicale admissible. Ce service mène à l'élaboration d'un rapport qui contribue à l'établissement du diagnostic et du plan de traitement médical pour l'assuré.

Médecin *Deuxième opinion* désigne un médecin spécialisé, affilié au CUSM, sauf spécification contraire, et reconnu comme étant un spécialiste dans le domaine touché par le dossier médical de l'assuré.

Conditions médicales admissibles désignent tout problème médical, en conformité avec la « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes », pour lequel le service *Deuxième opinion*^{MC} peut être offert, et comprennent notamment les problèmes suivants :

- Accident vasculaire cérébral
- Brûlures graves
- Cancer (tous les types)
- Coma
- Complications liées au diabète
- Emphysème
- Insuffisance rénale
- Maladie d'Alzheimer
- Maladie cardiovasculaire et crise cardiaque
- Maladies mettant la vie en danger
- Maladie des motoneurones (ex., maladie de Lou-Gehrig)
- Maladies neurodégénératives (ex., sclérose en plaques)
- Maladie de Parkinson
- Maladies pulmonaires ou osseuses graves
- Perte de la parole ou des capacités vocales
- Perte de la vue
- Problèmes médicaux pouvant mener à une possible amputation
- Remplacement de la hanche et du genou
- SIDA
- Surdité
- Transplantations d'un organe vital
- Trauma majeur
- Tumeur bénigne au cerveau

Condition générale

L'assureur se réserve le droit de changer le fournisseur existant du service *Deuxième opinion* en donnant un préavis écrit de quatre-vingt-dix (90) jours au preneur du contrat.

Obligation de l'assureur

L'assureur sera responsable de fournir l'accès au service *Deuxième opinion*, tel que défini dans la présente annexe.

Fin du service *Deuxième opinion*

Sous réserve du paragraphe qui suit, toutes les obligations qui incombent à l'assureur cesseront à la date de résiliation du service *Deuxième opinion* par le preneur du contrat.

Prolongation du service *Deuxième opinion*

La résiliation du contrat ou du service *Deuxième opinion* ne compromettra pas la demande d'un assuré relativement au service *Deuxième opinion*, pourvu que la demande ait été faite avant la date de résiliation.

