



Votre régime
d'assurance
collective



Police n° Q014

**Catégorie 04
Cols bleus actifs**

**Catégorie 204
Cols bleus de moins de 65 ans retraités
entre le 1^{er} juillet 1996 et le 14 août 2012**

**Catégorie 304
Cols bleus de moins de 65 ans retraités après le 15 août 2012**



Desjardins
Sécurité financière™

Conjuguer avoirs et êtres

Votre régime d'assurance collective

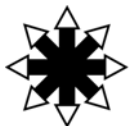


Police n° Q014

**Catégorie 04
Cols bleus actifs**

**Catégorie 204
Cols bleus de moins de 65 ans retraités
entre le 1^{er} juillet 1996 et le 14 août 2012**

**Catégorie 304
Cols bleus de moins de 65 ans retraités après le 15 août 2012**



Association des groupes d'employés de ville de Laval
pour l'assurance collective

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de la police d'assurance collective qui a pris effet le 1^{er} janvier 2002. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

Cette version électronique de la brochure a été mise à jour le 1^{er} septembre 2012. Veuillez prendre note que cette version électronique est mise à jour plus régulièrement que la version imprimée de votre brochure. Des divergences peuvent donc apparaître entre les deux documents.

TABLE DES MATIÈRES

CATÉGORIES ET DESCRIPTION DES CATÉGORIES	1
TABLEAU DES GARANTIES	2
DÉFINITIONS	14
ADMISSIBILITÉ	17
PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE ET EXONÉRATION DES PRIMES	21
CESSATION DE L'ASSURANCE	25
DEMANDES DE PRESTATIONS	28
ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT	31
ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE	35
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT	37
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE	39
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT	41
ASSURANCE MÉDICAMENTS	48
ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE	53
ASSURANCE FRAIS DENTAIRE	69

CATÉGORIES ET DESCRIPTION DES CATÉGORIES

<u>Catégorie</u>	<u>Description</u>
04	Cols bleus actifs
204	Cols bleus de moins de 65 ans retraités entre le 1 ^{er} juillet 1996 et le 14 août 2012
304	Cols bleus de moins de 65 ans retraités après le 15 août 2012

TABLEAU DES GARANTIES

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Conditions d'admissibilité

Travail à temps plein :

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

Délai d'admissibilité :

Employés actifs actuels et futurs : La date à laquelle il compte 6 mois de service continu pour l'employeur.

Employés retraités : Aucun

Exonération des primes (pour les employés actifs)

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

Assurance vie de base de l'adhérent;
assurance vie de base des personnes à charge;
assurance vie facultative de l'adhérent;
assurance vie facultative des personnes à charge;
assurance salaire de longue durée;
assurance médicaments;
assurance accident-maladie;
assurance frais dentaires.

Début de l'exonération :

Le 1^{er} jour du mois suivant la date prévue pour le 1^{er} paiement des prestations en vertu de la garantie d'assurance salaire de longue durée.

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

Montant de l'assurance :

Catégorie 04 :

1 fois le revenu annuel, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 000 000 \$;

ou

3 fois le revenu annuel, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 000 000 \$.

Le montant de la protection est au choix de l'adhérent et non en fonction de son statut familial.

Catégories 204 et 304 :

50 % du revenu annuel au moment de la retraite.

Maximum sans preuves d'assurabilité :

700 000 \$

Maximum combiné avec le montant de l'assurance vie facultative de l'adhérent :

1 000 000 \$

Réduction du montant

Catégories 204 et 304 :

À la retraite de l'adhérent, le montant applicable est réduit à 50 % du revenu annuel au moment de la retraite et de 10 % du montant initial à chaque 1^{er} janvier, sous réserve d'un minimum de 5 000 \$, étant précisé que le montant ne peut excéder 5 000 \$ à compter du 1^{er} jour du mois qui suit le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent.

ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE

CATÉGORIE 04 seulement

Montant de l'assurance :
(applicable seulement si
l'adhérent a choisi une
protection équivalente à
3 fois son salaire pour
l'assurance vie de base de
l'adhérent)

Conjoint : 10 000 \$

Chaque enfant : 5 000 \$

**Début de l'assurance du
nouveau-né :**

24 heures après la naissance.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT

CATÉGORIE 04 seulement

Montant de l'assurance :	Tout montant d'assurance par tranche de 10 000 \$ avec un maximum de 500 000 \$.
Maximum combiné avec le montant d'assurance vie de base de l'adhérent :	1 000 000 \$
Fin de la garantie :	Le dernier jour du mois au cours duquel l'adhérent atteint 65 ans ou la retraite ou la fin de son assurance vie de base, selon la première éventualité.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE

CATÉGORIE 04 seulement

Montant de l'assurance :
(applicable seulement si la
personne à charge est
couverte en vertu de
l'assurance vie de base des
personnes à charge)

Conjoint : Tout montant d'assurance par tranche de 5 000 \$ avec un maximum de 150 000 \$.

Chaque enfant : Un montant égal à 50 % du montant choisi par le conjoint. **Toutefois**, si l'adhérent soumet la preuve qu'il n'a pas de conjoint, chaque enfant peut être admissible à un montant d'assurance par tranche de 2 500 \$ avec un maximum de 75 000 \$.

Fin de la garantie :

Le dernier jour du mois au cours duquel la personne à charge atteint 65 ans, la date de la retraite de l'adhérent ou la date à laquelle se termine l'assurance vie de base de l'adhérent ou de la personne à charge, selon la première éventualité.

GARANTIE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT

CATÉGORIE 04 seulement

Pourcentage des prestations :

80 % du revenu mensuel brut, arrondi au prochain multiple de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un.

Délai de carence :

26 semaines, excluant les jours fériés tels qu'établis par le preneur.

Les prestations d'assurance salaire de longue durée sont payables hebdomadairement au cours des 104 premières semaines de paiement et mensuellement par la suite.

Durée maximale du paiement des prestations :

Jusqu'au 1^{er} jour du mois suivant le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la retraite, selon la première éventualité.

Rajustement selon l'indice des prix à la consommation :

Le 1^{er} janvier de chaque année, à compter du 1^{er} janvier qui suit la quatrième année complète d'invalidité, le montant de l'indemnité est majoré du pourcentage de l'augmentation de l'indice des prix à la consommation de l'année qui vient de se terminer sur l'indice des prix à la consommation de l'année précédente. À cette fin, l'indice des prix à la consommation d'une année est égal à la moyenne de l'indice des prix à la consommation pour la région de Montréal publié par Statistique Canada pour chaque mois de la période de 12 mois prenant fin le 31 octobre de l'année. L'ajustement est limité à un maximum de 5 % par année et aucun ajustement n'est effectué si l'indice est inférieur à celui de l'année précédente.

Imposition des prestations :

Imposables

Cessation de l'assurance :

26 semaines avant la date correspondante indiquée dans la DURÉE MAXIMALE DU PAIEMENT DES PRESTATIONS.

GARANTIE D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

Montant de la franchise

Médicaments : 25 \$ par protection individuelle ou
(avec carte de paiement 25 \$ par protection familiale par année
différé) civile.

Pourcentage de remboursement

Médicaments : 100 %

Fin de la garantie : Pour les employés actifs : La date à laquelle l'adhérent n'est plus activement au travail, sauf pour cause de retraite, sous réserve des dispositions contenues à la sous-section «Exonération des primes» et à la section «Cessation de l'assurance».

Pour les employés retraités : La date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans, sous réserve des dispositions contenues à la section «Cessation de l'assurance».

Pour les employés de moins de 65 ans (actifs ou retraités) : La date à laquelle l'adhérent demande l'exemption en vertu de la sous-section «Demande d'adhésion» de la section «Admissibilité».

SERVICES PARAMÉDICAUX :

<ul style="list-style-type: none">• Audiologiste ou thérapeute de l'ouïe*• orthophoniste ou thérapeute de la parole*• ergothérapeute• physiothérapeute, physiatre, thérapeute en réadaptation physique ou thérapeute du sport* : <p><i>* Le maximum s'applique à l'ensemble des frais engagés auprès de l'un ou l'autre des spécialistes de la catégorie.</i></p>	<p>Catégories 04 et 304 : Montant admissible de 35 \$ par visite, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 875 \$ par catégorie de spécialistes*, par année civile par personne assurée.</p> <p>Catégorie 204 : Montant admissible de 20 \$ par visite, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 525 \$ par catégorie de spécialistes*, par année civile par personne assurée.</p>
<ul style="list-style-type: none">• naturopathe• ostéopathe• podiatre• diététiste• acupuncteur• chiropraticien :	<p>Catégories 04 et 304 : Montant admissible de 30 \$ par visite, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 600 \$ par catégorie de spécialistes, par année civile par personne assurée.</p> <p>Catégorie 204 : Montant admissible de 20 \$ par visite, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 525 \$ par catégorie de spécialistes, par année civile par personne assurée.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Psychologue :	<p>Catégories 04 et 304 : Montant admissible de 50 \$ par visite, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 1 000 \$, par année civile par personne assurée.</p> <p>Catégorie 204 : Montant admissible de 35 \$ par visite, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 1 000 \$, par année civile par personne assurée.</p>

**Lunettes et lentilles
cornéennes :**

Montant payable de 200 \$ par personne assurée par période de 24 mois consécutifs pour les adultes et de 12 mois consécutifs pour les enfants à charge.

Fin de la garantie :

La date à laquelle l'adhérent n'est plus activement au travail, sauf pour cause de retraite, sous réserve des dispositions contenues à la sous-section «Exonération des primes» et à la section «Cessation de l'assurance».

GARANTIE D'ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

**Année du guide des
tarifs dentaires :**

Année courante

Montant de la franchise :

25 \$ par protection individuelle ou
25 \$ par protection familiale par année civile

**Pourcentage de
remboursement**

Soins de prévention :

100 %

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

80 %

**Soins de restauration
majeure :**

60 %

**Montant maximum
payable**

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

1 500 \$ par année civile par personne
assurée pour l'ensemble des soins.

Fréquence :

6 mois

Limitations :

Les restaurations en composite qui sont
effectuées sur des dents postérieures sont
limitées aux frais remboursables pour les
restaurations en amalgame.

Carte de paiement :

Oui

Fin de la garantie :

La date à laquelle l'adhérent n'est plus
activement au travail, sauf pour cause de
retraite, sous réserve des dispositions
contenues à la sous-section «Exonération
des primes» et à la section «Cessation de
l'assurance».

DÉFINITIONS

Dans le cadre du contrat :

Accident désigne toute atteinte corporelle constatée par un médecin et provenant directement et indépendamment de toute autre cause, de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure.

Adhérent désigne tout employé actif ou retraité qui est admissible à l'assurance.

Âge désigne l'âge atteint au dernier anniversaire de la personne en cause.

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

Congé de maternité ou parental désigne toute période de congé de maternité ou parental officiel pris par l'adhérent conformément à la loi provinciale ou fédérale ou à une entente entre l'adhérent et l'employeur, ou toute période pendant laquelle l'adhérent reçoit des prestations de maternité en vertu du Programme d'assurance emploi.

Conjoint désigne, selon le choix de l'adhérent :

- 1) la personne avec qui l'adhérent est légalement marié;
- 2) la personne avec qui l'adhérent vit maritalement depuis au moins 12 mois, ce délai étant supprimé par la naissance ou l'adoption d'un enfant de l'adhérent et du conjoint. Toute rupture de l'union de plus de 3 mois fait perdre le statut de conjoint.

L'assureur ne pourra accepter aucune demande de changement d'un conjoint légal en faveur d'un nouveau conjoint légal ou d'un conjoint de fait tant et aussi longtemps qu'un ordre de la cour maintenant les droits du premier conjoint légal est en vigueur.

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

Contrat antérieur désigne le ou les contrats collectifs d'assurance, en existence immédiatement avant l'entrée en vigueur du contrat, couvrant les employés et les retraités, de même que leurs personnes à charge le cas échéant.

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

Employé désigne toute personne salariée, sauf un employé assujéti à l'unité de négociation des policiers, embauchée par une résolution du Comité exécutif ou du Conseil municipal de Ville de Laval, travaillant régulièrement et à temps plein pour l'employeur.

Employeur désigne toute société inscrite sur la proposition du preneur afférente au contrat ou indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

Enfant à charge désigne un enfant non marié, de l'employé ou de son conjoint, qui n'est pas lui-même un adhérent et qui satisfait à l'une des conditions suivantes :

- 1) est âgé de moins de 18 ans;
- 2) est âgé de moins de 26 ans et fréquente à temps plein à titre d'étudiant dûment inscrit, une maison d'enseignement reconnue;
- 3) quel que soit son âge, s'il a été frappé d'invalidité totale alors qu'il satisfait à l'une ou l'autre des conditions précédentes et est demeuré totalement et continuellement invalide depuis cette époque.

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

Hôpital désigne un centre hospitalier 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» n'englobe pas les hôpitaux pour malades mentaux, les hôpitaux pour soins de longue durée, les hôpitaux antituberculeux, les sanatoriums, les centres d'accueil, les maisons de repos, les maisons de retraite, les stations thermales, les dispensaires et autres établissements ou parties d'établissements dont le but est de dispenser des soins de garde.

Hospitalisation désigne l'occupation d'une chambre d'hôpital à titre de patient alité admis.

Maladie désigne toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin, qui nécessite des soins médicaux réguliers, continus et curatifs, y compris toute complication pathologique résultant d'une grossesse.

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

Mois de service désigne une période comprise entre le quantième d'un mois et le même quantième du mois suivant.

Personne à charge désigne le conjoint ou un enfant à charge. Toutefois, si une personne à charge réside en dehors du Canada, cette dernière sera admissible aux garanties d'assurance médicaments, d'assurance accident-maladie et d'assurance voyage à condition qu'elle soit couverte en vertu d'un régime provincial de soins médicaux et que l'assureur ait donné préalablement son autorisation par écrit.

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

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

Retraité désigne un employé qui, à la cessation de son emploi, a été mis à la retraite en conformité du règlement concernant le régime complémentaire de rente des cols bleus de Ville de Laval.

Revenu désigne la rémunération régulière de base de l'adhérent à l'exclusion de toute rémunération pour temps supplémentaire, de tout boni et de toute autre allocation.

Revenu net désigne le salaire de l'adhérent, déduction faite des impôts redevables sur cette somme, compte tenu des exemptions personnelles dont il peut se prévaloir pour lui-même et ses personnes à charge, et des cotisations requises aux régimes publics (RRQ et assurance emploi), au régime de retraite de l'employeur et au régime d'assurance collective, le tout tel que calculé par l'employeur.

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

ADMISSIBILITÉ

ADMISSIBILITÉ DES EMPLOYÉS ET DES RETRAITÉS

Un employé ou un retraité devient admissible à l'assurance :

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

pourvu qu'il soit alors au travail actif à temps plein, sauf pour les retraités, ou l'ait été le dernier jour où il devait normalement être au travail si cette date ne coïncide pas avec un jour ouvrable, sinon la date de son retour actif à temps plein.

ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

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

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

Il est de plus précisé que :

- 1) une personne à charge est admissible à l'assurance vie de base des personnes à charge en autant que l'adhérent ait choisi une protection équivalente à 3 fois son salaire pour l'assurance vie de base de l'adhérent et que;
- 2) une personne à charge est admissible à l'assurance vie facultative des personnes à charge en autant qu'elle soit assurée en vertu de la garantie d'assurance vie de base des personnes à charge.

DEMANDE D'ADHÉSION

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

DROIT D'EXEMPTION

PERSONNE ASSURÉE ACTIVE DE MOINS DE 65 ANS

- 1) La participation des employés de moins de 65 ans et des personnes à charge de moins de 65 ans à la garantie d'assurance médicaments est obligatoire. Cependant, un adhérent peut refuser ou cesser la participation de ses personnes à charge de moins de 65 ans dans la mesure où elles sont assurées en vertu d'un autre régime d'assurance collective semblable. Un adhérent de moins de 65 ans peut également, moyennant un préavis écrit à l'employeur, refuser ou cesser sa participation à condition qu'il atteste qu'il est couvert en vertu d'un autre régime d'assurance collective semblable. Une telle personne (adhérent ou personne à charge) qui a refusé ou cessé sa participation à la garantie d'assurance médicaments, peut y participer moyennant un préavis écrit à l'employeur.

- 2) La participation des employés de moins de 65 ans et des personnes à charge de moins de 65 ans aux garanties d'assurance accident-maladie et d'assurance frais dentaires est obligatoire (*facultative pour les personnes à charge*). Un employé peut toutefois, moyennant un préavis écrit à l'employeur, refuser ou cesser sa participation à la garantie d'assurance accident-maladie et/ou à la garantie d'assurance frais dentaires à condition qu'il atteste qu'il est couvert en vertu d'un autre régime d'assurance collective semblable. Un tel employé qui a refusé ou cessé sa participation à la garantie d'assurance accident-maladie et/ou à la garantie d'assurance frais dentaires, peut y participer en établissant à la satisfaction de l'employeur :
 - a) qu'antérieurement, il était assuré en vertu du contrat actuel comme personne à charge ou en vertu d'un autre régime d'assurance collective semblable;
 - b) qu'il est devenu impossible qu'il continue à être assuré en vertu de cet autre régime ou que les conditions de cet autre régime ont été modifiées;
 - c) qu'il présente sa demande dans les 31 jours suivant la cessation de son assurance (des preuves d'assurabilité peuvent être exigées par l'assureur et la demande peut être refusée si elle n'est pas présentée dans les 31 jours suivant la cessation de son assurance).

Aucune personne à charge ne peut demeurer assurée en vertu des garanties d'assurance médicaments, d'assurance accident-maladie et d'assurance frais dentaires si l'adhérent ne le demeure pas lui-même.

PERSONNE ASSURÉE RETRAITÉE DE MOINS DE 65 ANS

- 1) La participation des retraités de moins de 65 ans et des personnes à charge de moins de 65 ans à l'assurance médicaments est obligatoire. Cependant, un adhérent peut refuser ou cesser la participation de ses personnes à charge de moins de 65 ans dans la mesure où elles sont assurées en vertu d'un autre régime d'assurance collective semblable. Un retraité de moins de 65 ans peut également, moyennant un préavis écrit à l'employeur, refuser ou cesser sa participation à condition qu'il atteste qu'il est couvert en vertu d'un autre régime d'assurance collective semblable. Une telle personne (retraité ou personne à charge) qui a refusé ou cessé sa participation à la garantie d'assurance médicaments, peut y participer moyennant un préavis écrit à l'employeur.
- 2) La participation des retraités de moins de 65 ans aux garanties d'assurances accident-maladie et d'assurance frais dentaires est facultative, étant précisé que l'assurance demeure en vigueur à moins que l'adhérent avise par écrit l'employeur qu'il ne désire plus être assuré; cette décision est irrévocable. Toutefois, aucune personne à charge ne peut demeurer assurée en vertu de la garantie d'assurance accident-maladie et de la garantie d'assurance frais dentaires si l'adhérent ne le demeure pas lui-même.

PERSONNE ASSURÉE DE 65 ANS ET PLUS

La participation des actifs de 65 ans et plus, en vigueur avant le 65^e anniversaire, est maintenue, sous réserve des dispositions contenues au TABLEAU DES GARANTIES et à la section « Cessation de l'assurance ».

POUR TOUTES LES PERSONNES ASSURÉES

S'il s'agit de maintenir en vigueur l'assurance du conjoint, l'adhérent doit joindre à sa demande une autorisation du conjoint. Aucune personne à charge ne peut demeurer assurée en vertu des garanties d'assurance médicaments, d'assurance accident-maladie et d'assurance frais dentaires si l'adhérent ne le demeure pas lui-même.

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

PREUVES D'ASSURABILITÉ

Des preuves d'assurabilité doivent être fournies à l'assureur dans les cas suivants :

- 1) pour toute augmentation du montant d'assurance de la garantie vie de base de l'adhérent de 1 à 3 fois le salaire annuel, lorsque cette demande est reçue par l'employeur plus de 31 jours suivant la date à laquelle l'adhérent devient admissible ou suivant la date à laquelle l'adhérent acquiert des personnes à charge;

- 2) pour toute demande d'assurance en vertu des garanties d'assurance vie facultative de l'adhérent et des personnes à charge. Cependant, aucune preuve d'assurabilité n'est nécessaire lorsque l'adhérent ou la personne à charge assurée pour ces garanties en vertu du contrat antérieur devient assuré en vertu du contrat actuel à sa date de prise d'effet pour des montants identiques ou moindres;
- 3) pour toute demande de participation pour l'employé aux garanties d'assurance accident-maladie et frais dentaires dans le cas où la demande n'a pas été reçue par l'employeur dans les 31 jours suivant la cessation de l'autre régime d'assurance collective semblable;
- 4) pour toute demande de participation des personnes à charge aux garanties d'assurance accident-maladie et frais dentaires dans les cas où la demande n'a pas été reçue par l'employeur dans les 31 jours prévus aux paragraphes de l'article PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE de la section PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE ET EXONÉRATION DES PRIMES.

Toutes les preuves d'assurabilité jugées nécessaires par l'assureur pour l'étude d'une demande d'assurance sont aux frais de l'employé, à l'exception des preuves relatives aux garanties d'assurance vie facultative, qui sont aux frais de l'assureur.

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

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

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE DE L'ADHÉRENT

Dans le cas des garanties pour lesquelles la participation est obligatoire, l'assurance prend effet à la DATE DE PRISE D'EFFET qui figure sur la page frontispice du contrat si l'adhérent était assuré en vertu du contrat antérieur, sinon à la date à laquelle il devient admissible.

Dans le cas des garanties pour lesquelles la participation est facultative, l'assurance prend effet à la DATE DE PRISE D'EFFET qui figure sur la page frontispice du contrat si l'adhérent était assuré en vertu du contrat antérieur, sinon à la dernière des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle il devient admissible;
- 2) la date à laquelle la demande de participation est reçue par l'employeur;
- 3) pour l'assurance vie facultative de l'adhérent, la date à laquelle les preuves d'assurabilité exigées sont approuvées par l'assureur.

Dans le cas de la garantie d'assurance médicaments, pour un employé de moins de 65 ans non assuré compte tenu de sa participation à un autre régime d'assurance collective semblable et qui désire à nouveau participer à la garantie d'assurance médicaments, l'assurance prend effet à la dernière des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle il devient admissible;
- 2) la date à laquelle la demande de participation est reçue par l'employeur.

Dans le cas des garanties d'assurance accident-maladie et frais dentaires, pour un employé non assuré compte tenu de sa participation à un autre régime d'assurance collective semblable et qui désire à nouveau participer aux garanties d'assurance accident-maladie et/ou frais dentaires, l'assurance prend effet à la dernière des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle il devient admissible;
- 2) la date à laquelle la demande de participation est reçue par l'employeur;
- 3) la date à laquelle les preuves d'assurabilité exigées sont approuvées par l'assureur dans le cas où la demande de participation n'a pas été reçue par l'employeur dans les 31 jours suivant la cessation du régime d'assurance collective semblable.

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

Dans le cas de la garantie d'assurance vie de base des personnes à charge, l'assurance prend effet à la DATE DE PRISE D'EFFET qui figure sur la page frontispice du contrat si la personne à charge était assurée en vertu du contrat antérieur, sinon à la date à laquelle elle devient admissible.

Dans le cas de la garantie d'assurance vie facultative des personnes à charge, l'assurance prend effet à la DATE DE PRISE D'EFFET qui figure sur la page frontispice du contrat si la personne à charge était assurée en vertu du contrat antérieur, sinon à la dernière des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle elle devient admissible;
- 2) la date à laquelle la demande de participation est reçue par l'employeur;
- 3) la date à laquelle les preuves d'assurabilité exigées sont approuvées par l'assureur.

Dans le cas de la garantie d'assurance médicaments, l'assurance prend effet à la DATE DE PRISE D'EFFET qui figure sur la page frontispice du contrat si la personne à charge était assurée en vertu du contrat antérieur, sinon à la dernière des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle elle devient admissible;
- 2) la date à laquelle la demande de participation est reçue par l'employeur.

Dans le cas des garanties d'assurance accident-maladie et frais dentaires, l'assurance prend effet à la DATE DE PRISE D'EFFET qui figure sur la page frontispice du contrat si la personne à charge était assurée en vertu du contrat antérieur, sinon à la dernière des dates suivantes :

- 1) la date du début de l'assurance de l'adhérent si la demande de participation des personnes à charge est reçue par l'employeur dans les 31 jours suivant la date à laquelle il devient lui-même un adhérent;
- 2) la date à laquelle l'adhérent acquiert des personnes à charge si la demande de participation des personnes à charge est reçue par l'employeur dans les 31 jours suivant la date de leur admissibilité;
- 3) la date à laquelle la demande de participation des personnes à charge est reçue par l'employeur si l'adhérent prouve que ces personnes à charge étaient auparavant assurées en vertu d'un autre régime d'assurance collective semblable et que leur assurance n'est pas terminée depuis plus de 31 jours;
- 4) la date à laquelle les preuves d'assurabilité sont approuvées par l'assureur dans les cas où la demande de participation n'est pas reçue dans les 31 jours prévus aux paragraphes précédents.

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

EXONÉRATION GLOBALE DES PRIMES

Pour les garanties identifiées à cet égard au TABLEAU DES GARANTIES, et ce à compter du début d'exonération des primes qui y est indiqué, si, pendant que le contrat actuel est en vigueur et avant son 65^e anniversaire de naissance, un adhérent qui n'est pas retraité devient totalement invalide, l'assureur renonce au paiement de toute prime tant que dure l'invalidité totale, que les garanties d'assurance vie de base et facultative de l'adhérent et des personnes à charge ainsi que la garantie d'assurance salaire de longue durée demeurent en vigueur ou non.

Une demande écrite à cet effet ainsi qu'une preuve de l'invalidité totale jugée satisfaisante doivent être transmises à l'assureur tant que l'invalidité totale persiste. Cette preuve doit être produite le plus tôt possible après le début de l'exonération des primes indiquée au TABLEAU DES GARANTIES et annuellement par la suite.

Si l'adhérent décède sans avoir fourni la preuve requise, le montant d'assurance demeure payable au bénéficiaire si celui-ci démontre que l'adhérent a été totalement invalide jusqu'à la date de son décès et que le délai dans la présentation de la preuve requise est raisonnable compte tenu des circonstances. En aucun cas ce délai ne doit se prolonger au-delà de 6 mois après la résiliation de la garantie.

L'assureur, pour autant qu'il en assume les frais, peut exiger une attestation d'invalidité totale et se réserve le droit de faire examiner l'adhérent par le médecin qu'il désigne, aussi souvent qu'il peut raisonnablement l'exiger.

Le montant d'assurance pour lequel l'adhérent est exonéré du paiement des primes est celui en vigueur immédiatement avant le début de son invalidité. Toutefois, toute stipulation relative à la réduction de l'assurance s'applique.

Les dispositions du contrat qui ont trait à toute augmentation des montants d'assurance cessent de produire leurs effets pendant l'invalidité totale.

Si une récurrence d'invalidité résulte de mêmes causes ou de causes connexes et séparées par moins de :

- 15 jours durant le délai de carence de l'assurance salaire de longue durée;
- 3 mois après l'expiration de ce délai de carence, ou

si la récurrence d'invalidité résulte de causes différentes, non connexes et non séparées par une reprise du travail à temps plein d'une durée d'une journée ou plus et survient suivant la fin d'une période antérieure d'invalidité totale qui a donné lieu à une exonération des primes en vertu du contrat, cette récurrence est considérée comme étant une prolongation de la période antérieure.

Nonobstant l'acceptation des preuves d'invalidité par l'assureur, l'exonération se termine à la date qui survient la première parmi les suivantes :

- 1) la date de la fin de l'invalidité;
- 2) la date à laquelle l'adhérent refuse de se présenter chez un médecin pour y subir l'examen médical exigé par l'assureur;
- 3) le premier jour du mois suivant la date à laquelle l'adhérent invalide atteint l'âge de 65 ans;
- 4) la date de résiliation du contrat actuel en ce qui concerne les garanties d'assurance médicaments, d'assurance accident-maladie et d'assurance frais dentaires;
- 5) la date à laquelle la durée maximale du paiement des prestations d'assurance salaire de longue durée est atteinte.

S'il y a résiliation du contrat actuel, tout délai de carence non expiré prend fin à la date de résiliation.

CESSATION DE L'ASSURANCE

CESSATION DE L'ASSURANCE DE L'ADHÉRENT

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

- 1) la date à laquelle il n'est plus considéré être un employé conformément à la définition en vertu du contrat;
- 2) la date à laquelle il cesse de faire partie d'une catégorie d'employés admissibles à l'assurance;
- 3) la date à laquelle il atteint l'âge limite indiqué au TABLEAU DES GARANTIES;
- 4) la fin de la période pendant laquelle les primes requises ont été versées en son nom;
- 5) pour tout employé actif, la date à laquelle il cesse d'être effectivement au travail, sauf pour cause de retraite, sous réserve des sous-sections PROLONGATION DE L'ASSURANCE et EXONÉRATION DES PRIMES;
- 6) pour les fins de la garantie d'assurance médicaments
 - a) le 1^{er} jour du mois qui suit le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent qui demande la résiliation de son adhésion à cette garantie;
 - b) la date à laquelle l'adhérent de moins de 65 ans demande d'être exempté de la garantie en vertu de la section DROIT D'EXEMPTION;
- 7) pour les fins des garanties d'assurance accident-maladie et d'assurance frais dentaires
 - a) le 1^{er} jour du mois qui suit le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent s'il s'agit d'un retraité;
 - b) la date à laquelle il demande la résiliation de son adhésion à cette garantie s'il s'agit d'un retraité;
 - c) la date à laquelle l'adhérent demande d'être exempté de la garantie en vertu de la section DROIT D'EXEMPTION;
- 8) la date de résiliation du contrat.

CESSATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

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

- 1) la date de cessation de l'assurance de cet adhérent;
- 2) la date à laquelle l'adhérent ou la personne à charge atteint l'âge limite indiqué au TABLEAU DES GARANTIES;
- 3) la date à laquelle la personne à charge ne répond plus à la définition de personne à charge en vertu du contrat;
- 4) pour les garanties d'assurance vie de base et d'assurance vie facultative des personnes à charge, la date à laquelle l'adhérent choisit une protection individuelle d'assurance vie de base de l'adhérent;
- 5) la date à laquelle l'adhérent cesse d'avoir des personnes à sa charge;
- 6) la date à laquelle l'adhérent fait la demande de cesser l'assurance des personnes à sa charge;
- 7) la fin de la période pendant laquelle les primes requises pour l'assurance des personnes à charge ont été versées au nom de l'adhérent;
- 8) la date de cessation de l'assurance des personnes à charge en vertu du contrat.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE

En cas de congé spécial avec rémunération, ou en cas d'interruption du revenu résultant d'une interruption de travail par suite d'une grève, d'un lock-out de quelque nature que ce soit, ou par suite de force majeure, d'une absence temporaire sans rémunération, d'un congé sans solde, d'une suspension, d'un congé de maternité ou d'un congé parental, **toutes les garanties d'assurance sont maintenues en vigueur**, étant précisé que pour toute invalidité ayant débuté pendant l'interruption de travail, le délai de carence débute à la date prévue de retour au travail. Toutefois le preneur, pourvu qu'il en avise par écrit l'assureur, peut suspendre l'ensemble des garanties ou toute combinaison de celles-ci jusqu'à la date de reprise du travail, sauf pour la garantie d'assurance médicaments qui doit être maintenue en vigueur.

Lorsqu'un adhérent congédié conteste son congédiement par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au sens du code du travail ou d'appel à tout tribunal compétent, il peut (il «doit» pour la garantie d'assurance médicaments) maintenir en vigueur, jusqu'à ce qu'une décision finale soit rendue dans ladite contestation, la protection prévue à toutes les garanties en acquittant lui-même mensuellement et à l'avance le coût total de la protection des garanties ainsi maintenues. Que l'adhérent ait exercé ou non le privilège précité, il est réputé avoir été assuré sans interruption au cours de la période en cause si la décision rendue par l'arbitre ou le tribunal compétent le rétablit dans ses droits et obligations d'employé. Les primes impayées, le cas échéant, sont alors exigibles dans les 31 jours qui suivent la date de la décision.

Pour toute invalidité ayant débuté après le congédiement et pendant la période de contestation, des prestations pourront être payables selon la définition d'invalidité totale basée sur la notion d'emploi équivalent. Dans ce contexte, «emploi équivalent» désigne tout emploi dont l'occupation et le statut d'emploi sont semblables à ceux de l'emploi occupé par l'adhérent avant le congédiement. Le présent paragraphe s'applique uniquement aux cas de contestation de congédiement par grief ou de congédiement administratif.

Obligation légale dans le cas d'une cessation d'assurance :

Si une loi fédérale ou provinciale exige que le preneur ou l'employeur maintienne en vigueur l'assurance d'un adhérent après la date prévue de cessation, sous réserve du paiement des primes, son assurance est maintenue en vigueur jusqu'à la fin de la période requise par cette loi, mais ne peut se prolonger après la date de résiliation du contrat.

RÉSILIATION DU CONTRAT

Le preneur peut en tout temps résilier le contrat, auquel cas la résiliation prend effet à la date indiquée aux termes de l'avis transmis à l'assureur.

DEMANDES DE PRESTATIONS

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

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

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

Aucune action ni procédure ne pourra être entamée contre l'assureur pour récupérer toute prestation dans les 60 jours suivant la date d'expiration du délai imparti pour la présentation des preuves de sinistre ou plus de 2 ans après ladite expiration.

BÉNÉFICIAIRE

Sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérent peut désigner ou révoquer en tout temps un ou des bénéficiaires de son assurance en faisant parvenir un avis écrit au preneur. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier.

L'assureur et le preneur n'assument aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou révocation de bénéficiaire.

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

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

RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

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

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

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

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

EXAMENS MÉDICAUX

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

COORDINATION DES PRESTATIONS

Si une personne qui est couverte par une garantie qui est assujettie à la présente disposition relative à la coordination des prestations est également assurée en vertu d'un autre régime qui fournit des prestations semblables, le montant de ces prestations payables au cours d'une année quelconque fait l'objet d'une coordination et le montant payable en vertu du contrat est déterminé au prorata des prestations payables de tous les régimes, de sorte qu'elles n'excèdent pas 100 % des frais effectivement engagés.

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

ORDRE À SUIVRE DANS L'ÉTABLISSEMENT DES PRESTATIONS

Le paiement des prestations est déterminé de la manière suivante :

- 1) Si un autre régime ne comporte pas de disposition relative à la coordination des prestations, les prestations payables en vertu de ce régime seront réputées être payables avant l'attribution des prestations en vertu du contrat.
- 2) Si un autre régime comporte une disposition relative à la coordination des prestations, les prestations payables en vertu de ce régime seront coordonnées avec les prestations payables en vertu du contrat selon l'ordre établi ci-dessous.

La priorité sera donnée au régime en vertu duquel la personne est assurée :

- a) en qualité d'adhérent, ou
- b) en qualité de personne à charge de la personne dont l'anniversaire de naissance survient en premier pendant l'année civile.

Si la priorité ne peut être établie de la manière susmentionnée, les prestations seront réparties entre les régimes, en proportion des montants qui auraient été payés en vertu de chaque régime si l'assurance était offerte seulement en vertu de ce régime.

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Invalidité totale ou totalement invalide désigne

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

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

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

un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche l'adhérent de se livrer à toute fonction lucrative pour laquelle il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation et de son expérience et qui lui permet de toucher au moins 75 % du revenu brut qu'il toucherait s'il remplissait toutes et chacune des fonctions de son emploi habituel.

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

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

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

PREUVES D'ASSURABILITÉ

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

Toutefois, à la date de prise d'effet du contrat, aucune preuve d'assurabilité n'est exigée de l'adhérent qui prouve qu'il était assuré en vertu du contrat antérieur immédiatement avant la date de prise d'effet du contrat, jusqu'à concurrence du maximum d'assurance prévu par le contrat à l'égard des adhérents qui fournissent des preuves d'assurabilité et sans excéder le montant d'assurance que l'adhérent détenait déjà en vertu du contrat antérieur.

OBJET DE LA GARANTIE

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

FIN DE LA GARANTIE

Cette garantie prend fin à la première des dates indiquées dans la section CESSATION DE L'ASSURANCE DE L'ADHÉRENT.

DROIT DE TRANSFORMATION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

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

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

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

La somme due au décès de l'adhérent est versée au bénéficiaire désigné par l'adhérent dans les 60 jours suivant la réception de preuves suffisantes du décès.

ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE

OBJET DE LA GARANTIE

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

DÉBUT DE L'ASSURANCE DU NOUVEAU-NÉ

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

FIN DE LA GARANTIE

Cette garantie prend fin à la première des dates indiquées dans la section CESSATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE.

DROIT DE TRANSFORMATION DU CONJOINT

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

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

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

DROIT DU CONJOINT APRÈS LA CESSATION DE L'ASSURANCE

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

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

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

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

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT

ADMISSIBILITÉ ET PREUVES D'ASSURABILITÉ

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

Toutefois, à la date de prise d'effet du contrat, aucune preuve d'assurabilité n'est exigée de l'adhérent qui prouve qu'il était assuré en vertu du contrat antérieur immédiatement avant la date de prise d'effet du contrat, jusqu'à concurrence du maximum d'assurance prévu par le contrat à l'égard des adhérents qui fournissent des preuves d'assurabilité et sans excéder le montant d'assurance que l'adhérent détenait déjà en vertu du contrat antérieur.

OBJET DE LA GARANTIE

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

EXCLUSION EN CAS DE SUICIDE

Si un adhérent meurt par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide au cours des 2 premières années qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie (en vertu du contrat ou d'un contrat antérieur), de sa remise en vigueur, ou de toute augmentation du montant de la garantie, qu'il soit sain 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.

FIN DE LA GARANTIE

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

DROIT DE TRANSFORMATION

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

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

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

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

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

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

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

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DES PERSONNES À CHARGE

ADMISSIBILITÉ ET PREUVES D'ASSURABILITÉ

Comme condition préalable d'admissibilité à la présente garantie, la personne à charge assurée doit soumettre des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur. Toutefois, si l'employé bénéficie de l'assurance vie facultative des personnes à charge, tout nouveau-né de plus de 24 heures et/ou tout enfant adopté par la suite par l'employé sera admissible automatiquement, sans preuves d'assurabilité, si ledit enfant répond à la définition d'enfant à charge du contrat.

OBJET DE LA GARANTIE

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

DÉBUT DE L'ASSURANCE DU NOUVEAU-NÉ

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

EXCLUSION EN CAS DE SUICIDE

Si une personne à charge meurt par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide au cours des 2 premières années qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie (en vertu du contrat ou d'un contrat antérieur), 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.

FIN DE LA GARANTIE

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

DROIT DE TRANSFORMATION

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

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

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

DROIT DU CONJOINT APRÈS LA CESSATION DE L'ASSURANCE

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

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

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

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

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Date du début de l'invalidité totale désigne la date du premier jour ouvrable complet d'absence au travail en autant que l'adhérent soit examiné par un médecin au cours des 3 jours ouvrables suivants (à l'exclusion du samedi et du dimanche ainsi que des jours fériés). S'il s'écoule une période supérieure à 3 jours ouvrables, la date du début de l'invalidité totale de l'adhérent est réputée être la date à laquelle il est effectivement examiné par un médecin. Aucun retard n'est cependant opposable à l'adhérent s'il s'avère qu'il a effectivement été examiné par un médecin aussitôt que raisonnablement possible.

Délai de carence désigne la période qui commence au début d'une période d'invalidité totale et pendant laquelle aucune prestation d'invalidité n'est payable. Cette période est indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

Invalidité totale ou totalement invalide désigne

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

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

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

un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche l'adhérent de se livrer à toute fonction lucrative pour laquelle il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation et de son expérience et qui lui permet de toucher au moins 75 % du revenu brut qu'il toucherait s'il remplissait toutes et chacune des fonctions de son emploi habituel.

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

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

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

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

OBJET DE LA GARANTIE

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

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

l'assureur verse des prestations mensuelles* aussi longtemps que l'adhérent continue d'être totalement invalide, jusqu'à concurrence de la période maximale indiquée au TABLEAU DES GARANTIES. Les versements en vertu de la présente garantie sont payables à compter de la fin du délai de carence et sont effectués à la fin de chaque mois*.

***Les prestations sont payables hebdomadairement au cours des 104 premières semaines de paiement et mensuellement par la suite.**

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

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

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

Si un adhérent continue d'être couvert en vertu de la présente garantie alors qu'il est en congé de maternité ou parental, le délai de carence pour toute invalidité totale qui commence durant ce congé sera alors réputé commencer à la date à laquelle l'adhérent devait reprendre le travail à temps plein auprès de l'employeur, à condition que l'adhérent soit toujours invalide et couvert en vertu de la présente garantie.

RAJUSTEMENT SELON L'INDICE DES PRIX À LA CONSOMMATION

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

- 1) la première augmentation prend effet ainsi qu'il est indiqué à la partie INDICE DES PRIX À LA CONSOMMATION du TABLEAU DES GARANTIES;
- 2) les augmentations subséquentes prennent effet à chaque anniversaire de la première augmentation;

- 3) pendant toute année au cours de laquelle l'indice des prix à la consommation (I.P.C.) est inférieur au pourcentage indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, l'augmentation pour cette année particulière sera égale à celle de I.P.C.

RÉDUCTION DES PRESTATIONS MENSUELLES, RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

1) Intégration

Un adhérent totalement invalide a droit au cours d'une période d'invalidité, à compter de la fin du délai de carence, sur présentation des pièces justificatives requises par l'assureur, au paiement d'une indemnité d'un montant égal à la différence entre 80 % de son revenu mensuel brut au début de la période d'invalidité et la somme des prestations payables en vertu :

- a) du Régime des rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, à l'exclusion des prestations pour les personnes à charge;
- b) de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable;
- c) de la Loi sur l'assurance automobile du Québec;
- d) de toute autre loi fédérale ou provinciale;
- e) d'un régime d'avantages sociaux établi par l'employeur;
- f) d'un autre régime d'assurance collective;
- g) de toute rente de retraite provenant de l'employeur,

que le paiement ait commencé au début ou après le début de l'invalidité totale en ce qui concerne les sous-paragraphes a), b), c) et d).

Les prestations 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 au présent paragraphe.

Aucune majoration de tout montant mentionné aux sous-paragraphes a), b), c) et d) mentionnés précédemment et provenant du rajustement selon l'indice des prix à la consommation peut réduire le montant des prestations payables en vertu de la présente garantie.

Il est de plus précisé que les paiements spéciaux effectués par l'employeur à titre de jours de maladie, de banques de congés fériés, de bénéfices payables au départ (vacances, maladies, etc.) et de rétroactivité (indexation) ne peuvent réduire le montant des prestations payables en vertu de la présente garantie.

2) Restrictions

Sous réserve de toute contrainte légale, aucun versement n'est effectué en vertu de la présente garantie à l'égard d'une invalidité totale attribuable à une grossesse et relative à une des périodes suivantes :

- a) pour la période commençant à la date d'arrêt du travail dont l'adhérente et l'employeur conviennent mutuellement ou à la date de la naissance de l'enfant si celle-ci est antérieure, et se terminant à la date prévue du retour de l'adhérente au service de l'employeur;
- b) un congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale et après entente entre l'adhérente et l'employeur;
- c) pour une période pendant laquelle l'adhérent reçoit des prestations en vertu de la Loi sur l'assurance emploi.

3) Exclusions

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

- a) des dommages corporels que l'adhérent s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- b) une blessure subie lors d'une guerre, déclarée ou non;
- c) une 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 en application de la loi;
- d) une infraction ou tentative d'infraction au Code criminel;
- e) l'alcoolisme ou la toxicomanie, à moins que l'adhérent ne participe de façon active et continue à un programme mené sous surveillance médicale pour remédier à cet abus et qu'il reçoive des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation;
- f) un vol ou tentative de vol 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, ou s'il y participe à titre de parachutiste.

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ TOTALE

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

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

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

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

GESTION DE L'INVALIDITÉ

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

- 1) coordination de l'accès à des services de santé;
- 2) programme de soutien à la réintégration au travail;
- 3) négociation d'un retour progressif au travail.

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

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

Le retour à temps partiel d'un adhérent qui cesse d'être totalement invalide mais est incapable, en raison de son état de santé, de fournir le plein rendement requis dans le poste qu'il occupait antérieurement est considéré comme un programme de réadaptation approuvé par l'assureur;

- 4) tant que l'adhérent participe au programme de gestion de l'invalidité, l'assureur réduit ses prestations mensuelles du montant nécessaire pour que son revenu total provenant de toutes sources, autre qu'une occupation secondaire qu'il exerçait au moment où son invalidité totale a débuté, ainsi qu'il est défini dans la partie INTÉGRATION de l'article RÉDUCTION DES PRESTATIONS MENSUELLES, RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS de la présente garantie, n'excède pas 100 % du revenu brut qu'il gagnait avant son invalidité.

CESSATION DES VERSEMENTS

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

- 1) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
- 2) la date de la retraite de l'adhérent;
- 3) la date à laquelle l'adhérent s'adonne à toute tâche rémunératrice ayant débuté après l'invalidité de l'adhérent, autre qu'une activité de réadaptation rémunératrice approuvée;
- 4) la date fixée par l'assureur à laquelle l'adhérent est censé lui avoir fourni une attestation satisfaisante de son invalidité totale ou s'être soumis à un examen médical demandé par l'assureur, mais a négligé ou refusé de le faire;
- 5) la date à laquelle l'adhérent est en défaut de produire les preuves de persistance de l'invalidité satisfaisantes pour l'assureur;
- 6) la date à laquelle la période maximale de versement des prestations indiquée au TABLEAU DES GARANTIES pour toute période d'invalidité totale est écoulée;
- 7) la date à laquelle l'adhérent satisfait aux conditions indiquées au TABLEAU DES GARANTIES.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

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

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

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

ARBITRAGE MÉDICAL

Advenant une décision finale de l'assureur de refuser ou de cesser le paiement de prestation au motif de l'inexistence ou de la fin d'une invalidité totale, un adhérent peut exercer un dernier recours et appeler de cette décision en demandant que son dossier soit référé à un comité d'arbitrage médical. Pour ce faire, l'adhérent doit déposer une demande écrite au service des ressources humaines du preneur dans les 60 jours suivant la réception de la décision finale de l'assureur avec, simultanément, une copie à l'assureur et au syndicat dont il est membre.

ASSURANCE MÉDICAMENTS

ADMISSIBILITÉ

Comme condition préalable d'admissibilité à la présente garantie, l'adhérent et ses personnes à charge, s'il y a lieu, doivent être couverts par un régime d'assurance maladie provincial au Canada.

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

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

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

OBJET DE LA GARANTIE

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

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

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

De plus, les frais sont limités aux frais usuels et raisonnables qui correspondent au régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments. Les frais sont également limités aux frais raisonnables justifiés par la gravité du cas, la pratique courante de la médecine et les tarifs usuels de la région, à l'exclusion des dépenses non médicalement nécessaires, des frais payables en vertu de toute autre régime collectif, des frais pour lesquels l'assuré a droit à une indemnité en vertu de la Loi des accidents du travail, de la Loi sur l'assurance automobile ou de toute autre loi canadienne ou étrangère au même effet.

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

Le maximum de frais admissibles de médicaments que l'adhérent engage et qui demeure à sa charge, pour lui-même et pour l'ensemble de ses personnes à charge assurées, est de 750 \$ à l'égard de la franchise, du ticket modérateur le cas échéant, et de la part des frais admissibles de médicaments qui n'est pas prise en charge par l'assureur en raison du pourcentage de remboursement prévu par la présente garantie. Pour les frais de médicaments engagés par la suite au cours de la même année civile, ce pourcentage devient 100 %.

FRANCHISE

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

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

POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT

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

FRAIS ADMISSIBLES

Les frais admissibles comprennent les frais suivants :

Les médicaments qui sont nécessaires à la thérapeutique, qui sont obtenus sur ordonnance médicale et qui sont fournis par un pharmacien, ou par un médecin là où il n'y a pas de pharmacien.

Sont aussi remboursables les médicaments et les autres produits que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments ne couvre pas ou couvrirait à l'égard de l'adhérent et de ses personnes à charge s'ils n'étaient pas assurés en vertu d'un contrat collectif.

XÉNICAL et MÉRIDIA

Le Xénical et le Méridia sont couverts sur présentation d'un diagnostic du médecin traitant justifiant la nécessité du produit pour la santé de la personne assurée. Cette dernière devra également répondre aux critères de l'assureur relativement à l'indice de masse corporelle (IMC). *Note : Le Méridia est couvert seulement à compter du 1^{er} janvier 2003.*

XYLOCAÏNE

Les frais pour l'utilisation de xylocaïne sont couverts à 100 %, sans recommandation médicale.

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

- 1) Aucun remboursement n'est effectué en vertu de la présente garantie pour les produits suivants :
 - a) shampooings et autres produits pour le cuir chevelu;
 - b) produits pour soins esthétiques, cosmétiques et produits dits naturels;
 - c) nettoyeurs pour la peau, y compris les savons;
 - d) laxatifs d'usage courant;
 - e) antiacides stomacaux d'usage courant;
 - f) protecteurs pour la peau et émollients;
 - g) désinfectants et pansements usuels;
 - h) contraceptifs autres que contraceptifs oraux;
 - i) eaux minérales;
 - j) aliments pour bébés;
 - k) produits nécessaires à une diète et suppléments pour diète;
 - l) suppléments de protéines;
 - m) produits, hormones et injections servant au traitement de la cellulite et de l'obésité, y compris les anorexigènes (à l'exception de ceux expressément couverts en vertu de la présente garantie);
 - n) produits pour l'entretien des lentilles cornéennes;
 - o) substances nutritives thérapeutiques;
 - p) pastilles;
 - q) rince-bouche;
 - r) succédanés de sel et de sucre;
 - s) vitamines et minéraux (à l'exclusion des produits hématiques);
 - t) hormones de croissance;
 - u) médicaments reliés aux traitements de fertilité;
 - v) vaccins;
 - w) sérums et injections, y compris les injections sclérosantes;
 - x) médicaments servant à traiter les troubles de la fonction érectile et administrés par voie orale, ainsi que tous les stimulants sexuels;

- y) médicaments ou produits antitabac qui ne sont pas couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments ainsi que les frais en excédent du maximum prévu en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments relativement aux médicaments ou produits antitabac;
- z) médicaments ou formes de médicaments visant essentiellement à améliorer la qualité de la vie et n'ayant pas d'indication thérapeutique.

Nonobstant le fait que les produits indiqués ci-dessus soient normalement exclus, il est possible que dans certains cas, ils soient nécessaires au traitement médical d'une maladie ou d'un accident. Une demande de règlement peut alors être soumise avec, à l'appui, une ordonnance et une déclaration par écrit du médecin indiquant son diagnostic, les résultats d'examen de laboratoire le cas échéant et la période durant laquelle les produits ont été prescrits.

Aucun médicament apparaissant sur la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec ne doit se retrouver parmi ces exclusions.

Pour les catégories bénéficiant de la carte de paiement différé, la quantité des médicaments ou produits achetés ne doit pas dépasser une provision de 90 jours pour les médicaments ordinaires ou de 180 jours pour les médicaments de maintenance.

COORDINATION DES PRESTATIONS

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

FIN DE LA GARANTIE

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

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

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

- 1) la date à laquelle 24 mois se sont écoulés après la date du décès de l'adhérent;
- 2) la date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si l'adhérent n'était pas décédé;
- 3) la date de la fin de la garantie ou du contrat.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

L'adhérent et ses personnes à charge assurées peuvent avoir recours au service de paiement pour le remboursement de ses frais de médicaments, auquel cas ils n'ont pas à présenter de demande à l'assureur pour obtenir leur remboursement. Ce mode de paiement est dit différé.

Lorsque l'adhérent et ses personnes à charge assurées ont recours au service de paiement différé, l'assureur rembourse à l'adhérent dès que le total du remboursement de frais de médicaments auquel il a droit atteint 50 \$, ou dès qu'une période de 30 jours s'est écoulée depuis la date du dernier remboursement de frais de médicaments si la limite de 50 \$ n'est pas encore atteinte à la fin de ces 30 jours.

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE

ADMISSIBILITÉ

Comme condition préalable d'admissibilité à la présente garantie, l'adhérent et ses personnes à charge, s'il y a lieu, doivent être couverts par un régime d'assurance maladie provincial au Canada.

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

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

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

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

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

Hospitalisation désigne l'occupation d'une chambre d'hôpital à titre de patient alité admis.

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

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

Orthèse désigne un appareil appliqué à un membre ou à une partie du corps pour corriger une déficience fonctionnelle. Cependant, les verres correcteurs, lentilles et autres appareils de même nature ne sont pas considérés comme des orthèses.

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

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

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

Stable se dit de l'état de santé d'une personne assurée qui :

- 1) dans les 30 jours précédant la date de début du voyage pour les employés actifs;
- 2) dans les 90 jours précédant la date de début du voyage pour les employés retraités;

n'est affectée par aucune condition médicale, ou est affectée par une condition médicale qui :

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

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

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

OBJET DE LA GARANTIE

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

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

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

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

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

FRANCHISE

La franchise est la partie des frais admissibles que l'adhérent doit payer à chaque année civile, avant que la présente garantie ne donne droit à un remboursement. Le montant de la franchise est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES. La franchise ne s'applique qu'une seule fois par année civile à l'ensemble des frais admissibles supportés par l'adhérent et, le cas échéant, par ses personnes à charge assurées.

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

POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT

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

FRAIS ADMISSIBLES AU CANADA – ACCIDENT-MALADIE

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

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

FRAIS D'HOSPITALISATION

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

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

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Soins infirmiers : les services d'une infirmière ou d'un infirmier membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, à l'exclusion de toute personne qui réside habituellement à la maison de l'adhérent ou qui fait partie de sa famille, jusqu'à concurrence du maximum de frais admissibles spécifié dans le TABLEAU DES GARANTIES pour chaque personne assurée.

Soins paramédicaux : les services fournis par chaque type de professionnel mentionné ci-dessous, jusqu'à concurrence du maximum de frais admissibles indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, à condition que ce professionnel exerce dans les limites de sa compétence et qu'il soit membre en règle de son association ou de sa corporation professionnelle et que son association ou sa corporation soit reconnue par l'assureur. **Les frais sont limités à un traitement par jour par professionnel** :

1) services ne nécessitant pas de recommandation médicale :

- acupuncteur;
- audiologiste ou thérapeute de l'ouïe; *
- chiropraticien;
- ergothérapeute;
- psychologue;
- physiothérapeute ou physiatre ou thérapeute en réadaptation physique ou thérapeute du sport. *
- ostéopathe;
- orthophoniste ou thérapeute de la parole; *
- diététiste;
- naturopathe;
- podiatre;

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

2) Les frais engagés pour des techniques d'imagerie utilisées par un chiropraticien sont couverts, jusqu'à concurrence d'un maximum de 50 \$ de frais admissibles (inclus dans le maximum des frais admissibles pour les services d'un chiropraticien), par année civile par personne assurée.

AMBULANCE

Les frais de transport en ambulance, en direction ou en provenance d'un hôpital, par un ambulancier licencié, y compris les frais de traitements d'oxygénothérapie durant ou immédiatement avant le transport et les frais de transport en train ou en avion lorsque la personne assurée ne peut être transportée autrement.

AIDE À LA MOBILITÉ

Fauteuil roulant conventionnel ou autres appareils de même nature* : location ou, à la discrétion de l'assureur, achat, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 000 \$ de frais payables pour toute période de 5 années consécutives par personne assurée.

*Pour tout appareil de même nature, les frais admissibles ne peuvent être supérieurs aux coûts d'achat ou de location normaux de l'item remplacé.

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

FOURNITURES ORTHOPÉDIQUES

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

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

Appareils d'assistance respiratoire et autres appareils de même nature

Lit d'hôpital conventionnel ou autres appareils de même nature* : location ou, à la discrétion de l'assureur, achat, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 200 \$ de frais payables pour toute période de 5 années consécutives par personne assurée.

*Pour tout appareil de même nature, les frais admissibles ne peuvent être supérieurs aux coûts d'achat ou de location normaux de l'item remplacé.

Chaussures orthopédiques : les frais pour chaussures orthopédiques qui font partie intégrante d'un appareil orthopédique ou qui sont faites sur mesure, y compris les modifications apportées à ces chaussures, ainsi que les frais pour chaussures profondes, jusqu'à un maximum de 250 \$ de frais payables par année civile par personne assurée.

De plus, elles doivent être fabriquées et facturées par des laboratoires détenant un permis en vertu de la loi sur la protection de la santé publique.

ORTHÈSES ET PROTHÈSES

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

Orthèse podiatrique ou support plantaire : achat, jusqu'à concurrence de 250 \$ de frais payables par année civile par personne assurée.

Membre artificiel et autres prothèses externes : achat, lorsque l'invalidité causant la perte du membre naturel est survenue en cours d'assurance (quel que soit l'assureur en place au moment de l'invalidité); les frais de réparation sont également couverts. Les frais de remplacement sont couverts si le remplacement découle d'un changement physiologique.

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

Prothèse mammaire externe : achat, lorsqu'elle est requise à la suite d'une mastectomie totale ou partielle réalisée pendant que la personne est assurée en vertu de la présente garantie ou d'une garantie comparable en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de la présente garantie, jusqu'à concurrence de 500 \$ de frais payables par année civile par personne assurée.

Prothèse auditive : achat, remplacement ou réparation, sur ordonnance écrite d'un médecin ou d'un audiologiste, jusqu'à concurrence de 400 \$ de frais payables par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs.

Prothèse capillaire : achat, lorsqu'une telle prothèse est nécessaire à la suite d'un traitement de chimiothérapie, jusqu'à concurrence d'un maximum de 250 \$ de frais payables par personne assurée pour toute période de 5 années consécutives.

ÉQUIPEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Glucomètre ou réflectomètre : achat ou location, sur présentation d'un diagnostic du médecin traitant attestant que l'état de la personne assurée nécessite l'utilisation d'un tel appareil.

Produits nécessaires pour le diabète : achat, y compris alcool, tampons d'ouate, seringues, aiguilles, insuline et bâtonnets réactifs.

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

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

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

Cardiostimulateur : achat ou location, à la discrétion de l'assureur.

Appareils d'assistance respiratoire et autres appareils de même nature : achat ou location, à la discrétion de l'assureur. Pour tout appareil de même nature, les frais admissibles ne peuvent être supérieurs aux coûts d'achat ou de location normaux de l'item remplacé.

FOURNITURES MÉDICALES

Fournitures ayant trait à la colostomie, l'iléostomie et l'urétérostomie : achat, y compris les pansements chirurgicaux.

Stérilet : achat.

Sérums ou injections : administrés par un médecin à des fins curatives, y compris toute infiltration épidurale vertébrale intra foraminale sous scopie.

Injections de substances sclérosantes : pour le traitement des varices, à condition que ces traitements soient nécessaires à des fins médicales et non esthétiques, à raison de 15 \$ par visite par personne assurée, seul le coût du médicament injecté étant admissible.

Frais pour transfusions de sang ou de plasma sanguin

Manches compressives : à condition que la recommandation médicale indique le diagnostic et la nécessité du produit.

Frais pour anesthésie locale

SERVICES DIAGNOSTIQUES

Technique d'imagerie (incluant les examens aux rayons X et par résonance magnétique*, les échographies et les scanners), analyse de laboratoire et traitements au radium ou aux rayons X et électrocardiogrammes, à l'exclusion des services reçus à l'hôpital. Ces frais sont payables à 50 %.

* Les examens par résonance magnétique ne sont couverts que pour les catégories 04 et 304, jusqu'à concurrence d'un maximum de 500 \$ de frais payables par année civile par personne assurée.

SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT

Les honoraires d'un chirurgien dentiste pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents naturelles subies à la suite d'un accident survenu en cours d'assurance, quel que soit l'assureur, à condition que les services aient été rendus dans les 12 mois de la date de l'accident.

Les montants admissibles sont établis selon le Guide des tarifs suggérés des actes bucco-dentaires approuvés par l'Association des chirurgiens dentistes de la province de résidence de l'assuré selon l'édition de l'année courante au moment où les soins sont donnés.

SOINS DE LA VUE

Examen de la vue : y compris la vérification de la réfraction oculaire, étant entendu que ces services doivent être rendus par un ophtalmologiste autorisé ou un optométriste diplômé, jusqu'à concurrence de 50 \$ de frais payables par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs pour les adultes âgés entre 18 et 65 ans.

LUNETTES ET LENTILLES

Lunettes et lentilles cornéennes y compris les frais de remplacement, à condition qu'ils soient prescrits par écrit par un ophtalmologiste autorisé ou un optométriste diplômé et fournis par un ophtalmologiste autorisé, un optométriste diplômé ou un opticien autorisé, jusqu'à concurrence du maximum de frais payables indiqué au TABLEAU DES GARANTIES. *Les frais engagés pour l'achat de lentilles cornéennes rendues nécessaires par suite d'une opération de la cataracte sont inclus dans ce maximum.*

LE SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ

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

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

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

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

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

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

Provenance de l'appel

Partout au Canada

Numéro à composer

1 877 875-2632

FRAIS ADMISSIBLES - MALADE DIRIGÉ

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

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

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

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

FRAIS ADMISSIBLES - ASSURANCE VOYAGE

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

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

L'adhérent doit communiquer avec l'assureur si la durée de son séjour à l'extérieur de sa province de résidence est ou pourrait être supérieure à 180 jours, sans quoi l'adhérent pourrait ne pas être couvert en vertu de l'assurance voyage.

1) Frais médicaux admissibles :

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

2) Frais admissibles de transport :

- a) les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé; le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance; de plus, la personne assurée cesse d'être couverte par l'assurance si elle ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
- b) les frais pour le rapatriement (simultané par rapport à celui du sous-paragraphe précédent) de tout membre de la famille immédiate qui est également assuré en vertu de la présente police, s'il ne peut revenir à son point de départ par le moyen de transport initialement prévu pour le retour; le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance;
- c) le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié qui n'est ni un membre de la famille immédiate, ni un ami, ni un compagnon de voyage, à condition que la présence d'un tel accompagnateur soit prescrite par le médecin traitant et approuvée par Voyage Assistance;

- d) le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne assurée qui demeure à l'hôpital pendant au moins sept jours (les frais ne seront remboursés que si la personne demeure à l'hôpital au moins sept jours); cette visite n'est cependant pas admissible au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus. Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont également couverts, jusqu'à concurrence de 500 \$. La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant et la visite doit préalablement être approuvée et planifiée par Voyage Assistance;
 - e) les frais de retour du véhicule, si la personne assurée souffre d'une incapacité résultant d'une urgence médicale certifiée par un médecin et qu'elle ne soit pas en état, selon celui-ci, de ramener elle-même son véhicule ou celui qu'elle a loué et qu'aucun membre de la famille immédiate ou compagnon de voyage l'accompagnant ne soit en état de le faire; le retour peut être effectué par une agence commerciale, mais il doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance; le remboursement maximal est de 1 000 \$ par adhérent;
 - f) en cas de décès de la personne assurée, le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement (le voyage doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance); il faut cependant qu'aucun membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage;
 - g) en cas de décès de la personne assurée, les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train), jusqu'à concurrence de 5 000 \$; le coût du cercueil n'est pas inclus dans l'assurance; le retour doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance.
- 3) Frais admissibles de subsistance : le coût des repas et de l'hébergement de la personne assurée qui doit reporter son retour en raison d'une maladie ou d'une blessure corporelle qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, de même que les frais additionnels de garde des enfants qui ne l'accompagnent pas; ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour par adhérent, pendant un maximum de 10 jours; la maladie ou la blessure doit être constatée par un médecin.

- 4) Frais admissibles d'appels interurbains : les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la famille immédiate si la personne assurée est hospitalisée, pourvu qu'aucun frais de transport pour visiter la personne assurée, tel que prévu à la section d) ci-dessus ne soient remboursés et que cette dernière ne soit pas accompagnée par un membre de sa famille immédiate âgé de 18 ans ou plus, jusqu'à concurrence de 50 \$ par jour et d'un maximum global de 200 \$ par période d'hospitalisation.
- 5) Décisions médicales : lorsqu'un médecin ou un autre professionnel de la santé, à l'emploi de Voyage Assistance, lié par contrat à Voyage Assistance ou désigné par ce dernier prend des décisions quant à la nécessité de fournir les services couverts tels qu'ils sont décrits ci-dessus, il s'agit alors de décisions médicales fondées sur des facteurs médicaux qui sont décisives lorsqu'il s'agit de déterminer la nécessité d'offrir ces services.
- 6) Le service Voyage Assistance

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

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

- n) transmission de messages aux proches de la personne assurée en cas d'urgence;
- o) avant le départ, information sur les passeports, les visas et les vaccins requis dans le pays de destination.

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

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

Si la durée prévue du voyage excède le nombre de jours prévu au contrat, la personne assurée peut, sous réserve de certaines conditions, obtenir une protection complémentaire.

Pour obtenir une protection complémentaire, la personne assurée peut communiquer sans frais, avant son départ, aux numéros suivants :

1-800-463-7830 (service en français)

1-800-463-7845 (service en anglais)

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

- 1) Aucun remboursement n'est effectué en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :
 - a) les vaccins ou examens médicaux à la demande d'une tierce personne (compagnie d'assurance, commission scolaire, employeur, etc.) ou pour un voyage de santé;
 - b) des soins dentaires, sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;
 - c) des soins, services ou fournitures pour lesquels l'adhérent ne serait pas tenu de payer s'il s'était prévalu des dispositions de tout régime public auquel l'assuré est admissible, ou ne serait pas tenu de payer en l'absence de la présente garantie;
 - d) les services, fournitures, examens ou soins qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professionnels de la santé indiqués;
 - e) les frais en rapport avec une guerre;

- f) sauf si l'assuré agit alors dans l'exercice de ses fonctions ou en application de la Loi, les frais occasionnés par la participation active de la personne assurée à une insurrection ou une émeute;
 - g) les frais occasionnés par la participation active de l'assuré à un acte criminel ou une tentative d'acte criminel;
 - h) les frais encourus alors que la personne assurée est un membre actif des forces armées de n'importe quel pays;
 - i) les frais chirurgicaux de correction de la myopie, sauf si prévus à la présente garantie;
 - j) les frais de toute intervention reliée à la planification des naissances, y compris l'insémination artificielle, et les frais de médicaments de laboratoire ou autres reliés aux traitements de fertilité de toute nature, que l'infertilité soit ou non considérée comme une maladie;
 - k) les frais relatifs aux soins et traitements expérimentaux et ceux attribuables à l'application de nouveaux procédés ou traitements qui ne sont pas utilisés couramment;
 - l) les substances utilisées pour les injections sclérosantes dans les cas de varicosités, pinceaux veineux et dilatation mineure non réellement pathologiques mais considérés comme inesthétiques;
 - m) les frais pour tous soins relatifs à une blessure volontaire, en quelquel'état d'esprit qu'ait été l'assuré;
 - n) tous les frais, services, articles ou produits qui ne sont pas mentionnés parmi les frais admissibles;
 - o) tous frais engagés hors de la province de résidence de l'assuré, sauf ceux engagés à l'extérieur de cette province sur la recommandation d'un médecin, tels qu'ils sont décrits à la section MALADE DIRIGÉ de la présente garantie;
 - p) les frais engagés pour une cure de désintoxication;
 - q) les lunettes de soleil ou les lunettes protectrices.
- 2) Exclusions et limitations applicables à l'assurance voyage

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

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

- a) si la personne assurée n'est pas couverte en vertu de régimes d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;
- b) si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir des traitements médicaux ou paramédicaux ou des services hospitaliers, sauf si la personne assurée a été dirigée vers un autre médecin, conformément aux dispositions prévues à la partie MALADE DIRIGÉ de la présente garantie;
- c) pour une chirurgie ou un traitement, lorsque ceux-ci sont facultatifs ou non urgents, c'est-à-dire qu'ils auraient pu être prodigués dans la province de résidence de la personne assurée sans danger pour sa vie ou sa santé, même si les soins sont prodigués à la suite d'une urgence médicale;
- d) si la personne assurée ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
- e) pour les frais de soins de santé et les frais hospitaliers qui sont engagés pour une personne assurée qui ne peut être rapatriée dans sa province de résidence et qui refuse un traitement médical prescrit par le médecin et approuvé par le Service d'assistance voyage;
- f) pour toute urgence médicale survenue dans un pays ou une région pour lesquels le gouvernement du Canada a émis, avant la date de début du voyage, un des avertissements suivants :
 - i) éviter tout voyage non essentiel; ou
 - ii) éviter tout voyage.

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

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

COORDINATION DES PRESTATIONS

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

FIN DE LA GARANTIE

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

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

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

- 1) la date à laquelle 24 mois se sont écoulés après la date du décès de l'adhérent.
- 2) la date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si l'adhérent n'était pas décédé;
- 3) la date de la fin de la garantie ou du contrat.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

Les demandes de prestations découlant de l'assurance offerte en vertu de la présente garantie peuvent être soumises à l'aide du formulaire prévu à cette fin par l'assureur.

ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

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

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

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

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

OBJET DE LA GARANTIE

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

Pour être admissibles, les soins doivent être :

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

Les frais admissibles sont réputés avoir été engagés à la date à laquelle le service a été rendu ou à la date à laquelle les fournitures ont été obtenues. Toutefois, dans le cas d'un traitement nécessitant plusieurs rendez-vous, ils sont réputés engagés le jour où le traitement est terminé.

FRANCHISE

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

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

POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT

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

FRAIS ADMISSIBLES AU CANADA

SOINS DE PRÉVENTION

EXAMENS

- Examen buccal complet, une fois tous les 2 ans
- Examen buccal de rappel, selon la fréquence indiquée au TABLEAU DES GARANTIES
- Examen buccal d'aspect particulier, une fois tous les 6 mois
- Examen buccal d'urgence

RADIOGRAPHIES

- Série complète, y compris pellicule panoramique, limitée à une série tous les 2 ans
- Pellicules interproximales, une fois tous 6 mois
- Pellicules extra-orales
- Pellicules périapicales et intra-orales
- Interprétation de radiographies provenant d'une autre source
- Tomographie
- Radiographie de la main et du poignet, comme aide diagnostique au traitement dentaire

TESTS ET EXAMENS DE LABORATOIRE

- Cultures/frottis bactériologiques pour la détermination d'agents pathologiques
- Biopsies
- Test de vitalité
- Modèles de diagnostic, non montés

PRÉSENTATION ET EXPLICATION DE CAS

- Consultation avec un patient (un jour autre que celui de l'examen)

SERVICES DE PRÉVENTION

- Polissage et léger détartrage, selon la fréquence indiquée au TABLEAU DES GARANTIES
- Application topique de fluorure, selon la fréquence indiquée au TABLEAU DES GARANTIES
- Instruction d'hygiène buccale, une fois tous les 5 ans
- Scellants de puits et fissures, une fois tous les 3 ans, pour les molaires et les prémolaires, dans le cas d'enfants
- Contrôle de la carie/pansement sédatif
- Meulage interproximal
- Appareils de maintien pour les enfants âgés de moins de seize ans

SOINS DE BASE, ENDODONTIE ET PARODONTIE

RESTAURATION

- Amalgame (argent)
- Restauration en silicate ou en acrylique – pour le traitement de carie ou de blessure accidentelle seulement
- Restaurations en composite ainsi qu'il est indiqué à la partie LIMITATIONS afférentes aux frais dentaires du TABLEAU DES GARANTIES
- Tenons de rétention
- Couronnes – dents primaires - en acier inoxydable et en polycarbonate

ENDODONTIE

- Coiffage de pulpe
- Pulpotomie
- Traitement de canal
- Traitements périapicaux
- Opération chirurgicale de la gencive
- Bague
- Hémisection
- Réimplantation intentionnelle comprenant exérèse, préparation et obturation canalaire et reposition
- Traitements d'urgence

PARODONTIE

- Traitements non chirurgicaux, à l'exclusion des soins parodontaires thérapeutiques (éducation et conseil)
- Traitements chirurgicaux
- Visites post-opératoires, quatre visites par année civile
- Ajustement de l'occlusion – à titre de traitement périodontique seulement
- Équilibrage de l'occlusion – maximum 8 unités de temps la vie durant
- Détartrage subgingival et/ou aplanissement de racine – 8 unités de temps ou une bouche complète par année
- Plaque occlusale pour bruxisme seulement

ENTRETIEN DE PROTHÈSES AMOVIBLES

- Réparation
- Addition
- Regarnissage
- Rebasage

CHIRURGIE BUCCALE

- Extractions - sans complications et complexes
- Ablation de racines résiduelles
- Alvéoplastie, gingivoplastie, stomatoplastie et ostéoplastie
- Excisions
- Incisions
- Frénectomie
- Réduction de fracture
- Actes chirurgicaux divers – à l'exclusion des frais supplémentaires pour l'insertion immédiate des prothèses
- Exposition chirurgicale d'une dent

SERVICES ADDITIONNELS

- Visite à domicile et à l'hôpital
- Visite au bureau en dehors des heures d'ouverture – sans acte chirurgical

- Injection de médicaments
- Anesthésie et sédation - ne sont couvertes que si elles sont administrées en relation avec une chirurgie buccale.

SOINS DE RESTAURATION MAJEURE

PROTHÈSES

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

Les soins et services couverts comprennent :

- 1) la mise en place d'une prothèse initiale (par exemple, restauration par pont fixe, prothèse amovible partielle ou complète);
- 2) le remplacement d'une prothèse existante si :
 - a) la prothèse amovible ou fixe a été installée au moins 5 ans avant son remplacement et ne peut être réparée;
 - b) la prothèse actuelle est un dentier temporaire remplaçant une ou plusieurs dents naturelles extraites alors que la personne était assurée. Son remplacement par un pont ou par un dentier permanent est nécessaire et il a lieu dans un délai de 6 mois suivant la date d'installation de la prothèse temporaire.

FRAIS ADMISSIBLES HORS DU CANADA

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

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

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

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

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

- 1) les soins dentaires pris en charge en tout ou en partie par le régime public d'assurance maladie, hospitalisation ou frais dentaires en vigueur dans la province du domicile de la personne; toutefois, les frais en excédent de ceux prévus par le régime sont remboursés dans la mesure où le régime le permet;
- 2) les soins dentaires donnés à des fins principalement esthétiques;
- 3) les frais de mise en place ou de remplacement de prothèses sauf dans le cas où les soins prosthodontiques sont couverts;
- 4) les frais de rendez-vous non respectés ou de rédaction de demandes de règlement;
- 5) les frais de soins et d'articles rattachés normalement au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport ou à la maison, par exemple, un protège-dents;
- 6) les frais de soins et d'articles relatifs à la restauration buccale complète;
- 7) les frais en rapport avec une guerre;
- 8) les frais occasionnés par la participation active de la personne couverte à une insurrection, une émeute, sauf si la personne couverte agit alors dans l'exercice de ses fonctions ou en application de la loi;
- 9) les frais occasionnés par la participation active de la personne couverte à un acte criminel ou à une tentative d'acte criminel;
- 10) les frais encourus alors que la personne couverte est un membre actif des forces armées de n'importe quel pays;
- 11) les soins se rapportant principalement à un traitement d'orthodontie sauf dans les cas où les soins orthodontiques sont spécifiquement couverts;
- 12) les frais pour des soins qui ne sont pas nécessaires au traitement de l'affection ou qui ne sont pas recommandés par le chirurgien-dentiste traitant;
- 13) les frais excédant les frais indiqués dans le Guide des tarifs suggérés des actes bucco-dentaires de l'année de référence au moment du traitement;
- 14) les frais pour la recommandation d'une diète, pour programmes de contrôle de la plaque dentaire et pour les scellants de puits et fissures, sauf dans les cas où ces derniers sont spécifiquement couverts;
- 15) les frais engagés pour une prothèse ou une modification de celle-ci si l'empreinte a été prise avant que la personne soit assurée; les frais de couronnes, de ponts ou de restaurations en or pour lesquels la dent a été préparée avant que la personne ne soit assurée; les frais engagés pour le traitement d'un canal radiculaire si la chambre pulpaire a été ouverte avant que la personne ne soit assurée;

16) le coût de remplacement de prothèses, lorsque ces prothèses ont été mises en bouche au cours des 5 dernières années.

Les deux dernières exclusions s'appliquent seulement dans le cas des nouveaux assurés n'ayant jamais été assurés en vertu d'une garantie comparable.

COORDINATION DES PRESTATIONS

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

ÉVALUATION PRÉALABLE DES PRESTATIONS

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

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

FIN DE LA GARANTIE

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

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

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

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

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

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

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

Pour toute question relative aux demandes de prestations, la personne assurée peut communiquer avec le centre d'appel au numéro suivant :

Sans frais : 1 866 998-7248

| VANCOUVER

| CALGARY

| WINNIPEG

| TORONTO

| OTTAWA

| MONTRÉAL

| QUÉBEC

| HALFAX

Notre engagement envers nos adhérents

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

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

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



Desjardins
Sécurité financière™

Conjuguer avoirs et êtres

www.dsfc.ca