

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

**POUR
LES MÉDECINS**

Titulaire du régime : **FÉDÉRATION DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC**

N° de police : **24476-A**

Préambule

Vous trouverez dans ce livret les explications des différentes protections qui sont offertes par votre régime, lequel est le seul régime parrainé par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et suivi par le comité des assurances de votre Fédération.

Dale-Parizeau Morris Mackenzie effectue toutes les tâches de consultation, d'administration, de facturation, de perception des primes et de distribution en relation avec votre régime.

Pour tous renseignements, demandes de protection ou conseils lors d'une demande de règlements, n'hésitez surtout pas à nous contacter au :

Service d'assurances de personnes
3400, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 700
Montréal (Québec)
H3Z 3B8
Téléphone : (514) 282-1112
Sans frais : 1-800-361-8715
Télécopieur : (514) 868-6426

Nous vous soulignons que le présent document ne crée ni ne confère aucun droit contractuel ou autre. Seules les stipulations de la police collective émise par l'assureur à la Fédération régissent l'assurance.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
TABLEAU SOMMAIRE	1
CONDITIONS GÉNÉRALES	24
ASSURANCE	27
PRIMES	34
PRESTATIONS	36
RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE	40
ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE	40
ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	51
ASSURANCE-MÉDICAMENTS	57
RÉGIME B – ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT	68
RÉGIME C – ASSURANCE VIE DU CONJOINT	71
RÉGIME D – ASSURANCE VIE DES ENFANTS ET ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DES ENFANTS	73
RÉGIME E – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT	83
RÉGIME F – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU CONJOINT	94
RÉGIME G – ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE	102
RÉGIME H – ASSURANCE FRAIS DE BUREAU	111
RÉGIME J – ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT	115
RÉGIME K – ASSURANCE MALADIE GRAVE DU CONJOINT	127
RÉGIME L – ASSURANCE SOINS DENTAIRES	139
COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT	152
PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	154

TABLEAU SOMMAIRE

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

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

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

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

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

RÉGIMES FACULTATIFS

- Régime B – Assurance vie du participant
- Régime C – Assurance vie du conjoint
- Régime D – Assurance vie des enfants et Assurance de décès et mutilation accidentels des enfants
- Régime E – Assurance de décès et mutilation accidentels du participant
- Régime F – Assurance de décès et mutilation accidentels du conjoint
- Régime G – Assurance revenu en cas d'invalidité de longue durée
- Régime H – Assurance frais de bureau
- Régime J – Assurance maladie grave du participant
- Régime K – Assurance maladie grave du conjoint
- Régime L – Assurance soins dentaires

N.B. : La participation au Régime A (Assurance maladie complémentaire) est obligatoire. Le participant peut toutefois s'en exempter sous réserve des conditions énoncées à la section CONDITIONS GÉNÉRALES.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

CONDITIONS GÉNÉRALES

DATE D'ADMISSIBILITÉ

- Un membre devient admissible à la plus tardive des dates suivantes, sous réserve de toute autre disposition de la police collective :
 - a) à la date de prise d'effet de la police collective, s'il est couvert par le régime antérieur souscrit auprès de SSQ Groupe financier inc., ou
 - b) à la date à laquelle il débute l'exercice de ses activités professionnelles à titre de médecin et travaille un minimum de 20 heures par semaine.

- Un membre actif dans ses activités professionnelles à titre de médecin devient admissible à la date à laquelle il en fait la demande.

- Le membre retraité demeure admissible s'il était couvert par le régime le jour précédant la date de sa retraite.

- Lorsque les deux conjoints sont admissibles en tant que membres, l'un deux peut choisir d'être protégé comme personne à charge de l'autre tout en conservant son admissibilité aux régimes B, E, G, H et J.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

RÉGIME A

CHAMBRE D'HÔPITAL AU CANADA (Options 2 et 3 seulement)

Franchise :	Remboursement :	Maximum quotidien :
aucune	100 %	tarif d'une chambre privée; maximum de 90 jours par année civile pour les personnes assurées âgées de 70 ans et plus

FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE ENGAGÉS HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE et ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE (Options 1, 2 et 3)

Franchise :	Remboursement :	Maximum par personne assurée :
aucune	100 %	5 000 000 \$ par séjour

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE (Options 1, 2 et 3)

Franchise :	Remboursement :	Maximum par personne assurée :
aucune	100 %	5 000 \$ par voyage

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

RÉGIME A (suite)

TOUS LES AUTRES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA

OPTION 1

Franchise :	857 \$ par certificat
Remboursement (médicaments seulement) :	100 %
Maximum :	Illimité

OPTION 2

Franchise :	250 \$ par certificat
Remboursement :	80 %
Maximum :	Illimité

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

RÉGIME A (suite)

TOUS LES AUTRES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA (suite)

OPTION 3

Franchise :	857 \$ par certificat
Remboursement	
– médicaments :	100 %
– autres frais :	80 %
Maximum :	Illimité

Terminaison :

Cette garantie se termine au décès du participant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

RÉGIME A (suite)

Frais médicaux - Options 2 et 3 seulement

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums admissibles par personne assurée</u>
Injections sclérosantes	20 \$ par visite. Personnes assurées âgées de 65 ans et plus : Ces frais ne sont pas couverts.
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants ⁽¹⁾ : physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique	Frais usuels et coutumiers.
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants ⁽¹⁾ : psychiatres, psychanalystes, psychologues, psychothérapeutes et travailleurs sociaux	Remboursement maximal combiné de 1 000 \$ par année civile.

⁽¹⁾ *La recommandation médicale n'est pas nécessaire*

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

RÉGIME A (suite)

Frais médicaux - Options 2 et 3 seulement

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums admissibles par personne assurée</u>
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants : orthophonistes, audiologistes et ergothérapeutes	Frais usuels et coutumiers.
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants ⁽¹⁾ : podiatres et ostéopathes	35 \$ par visite; remboursement maximal combiné de 700 \$ par année civile et de un traitement par jour.
Honoraires d'infirmiers	300 \$ par jour; remboursement maximal de 10 000 \$ par année civile.
Séjour dans une maison de convalescence	Tarif d'une chambre semi-privée, sans limite quant au nombre de jours.
Séjour dans une maison de réadaptation	Tarif d'une chambre semi-privée, remboursement maximal de 180 jours par année civile.

⁽¹⁾ *La recommandation médicale n'est pas nécessaire*

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

RÉGIME A (suite)

Frais médicaux - Options 2 et 3 seulement

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums admissibles par personne assurée</u>
Cure pour alcoolisme et toxicomanie	80 \$ par jour; remboursement maximal de 2 500 \$ à vie.
Prothèses	5 000 \$ par prothèse.
Lunettes et lentilles cornéennes à la suite d'une opération de la cataracte	820 \$ à vie.
Appareils thérapeutiques et prothèses mammaires	10 000 \$ à vie.
Soutiens-gorge chirurgicaux	2 soutiens-gorge par année civile.
Prothèses auditives	600 \$ par période de 48 mois consécutifs.
Réfectomètre	300 \$ par période de 60 mois consécutifs.
Bas de contention	3 paires par année civile.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

R É G I M E A (suite)

Frais médicaux - Options 2 et 3 seulement

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums admissibles par personne assurée</u>
Chirurgie esthétique à la suite d'un accident	Remboursement maximal de 5 000 \$ par accident.
Prothèses capillaires	Remboursement maximal de 300 \$ à vie.
Échographies hors de l'hôpital	Remboursement maximal de 300 \$ par année civile.
Neurostimulateur transcutané	1 000 \$ par période de 60 mois consécutifs.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

RÉGIME B

Capital assuré

Tranches de 10 000 \$

Minimum : 50 000 \$

Maximum : ▶ si âgé de moins de 65 ans : 1 500 000 \$
 ▶ si âgé de 65 à 69 ans : 500 000 \$
 ▶ si âgé de 70 ans et plus : 250 000 \$

Des preuves d'assurabilité sont nécessaires pour tout montant d'assurance, à l'exception des montants suivants pour les participants qui en ont fait la demande dans les 120 jours suivant leur admission au collège des médecins du Québec :

- ▶ si moins de 30 ans : 300 000 \$
- ▶ si entre 30 et 34 ans : 200 000 \$
- ▶ si entre 35 et 39 ans : 150 000 \$

Terminaison :

Cette garantie se termine au décès du participant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE DU CONJOINT

RÉGIME C

Capital assuré

Tranches de 10 000 \$

Minimum : 50 000 \$

Maximum : ▶ si âgé de moins de 70 ans : 250 000 \$
▶ si âgé de 70 ans et plus : 100 000 \$

Terminaison :

Cette garantie se termine à la date à laquelle l'assurance du participant prend fin ou à la date à laquelle le conjoint n'est plus une personne à charge.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE DES ENFANTS

RÉGIME D

Capital assuré

Chaque enfant

- ayant moins de 24 heures d'existence : sans objet
- ayant 24 heures d'existence et plus : 10 000 \$

Terminaison :

Cette garantie se termine à la date à laquelle l'assurance du participant prend fin ou à la date à laquelle l'enfant n'est plus une personne à charge.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DES ENFANTS

RÉGIME D (suite)

Capital assuré

Chaque enfant

- ayant moins de 24 heures d'existence : sans objet
- ayant 24 heures d'existence et plus : 10 000 \$

Terminaison :

Cette garantie se termine à la date à laquelle l'assurance du participant prend fin ou à la date à laquelle l'enfant n'est plus une personne à charge.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT

RÉGIME E

Capital assuré

Tranches de 10 000 \$

Minimum : 50 000 \$

Maximum : 250 000 \$

Le montant d'assurance souscrit ne peut excéder le montant d'assurance souscrit en vertu de la garantie d'Assurance vie du participant.

Des preuves d'assurabilité sont nécessaires pour tout montant d'assurance, à l'exception des montants suivants pour les participants qui en ont fait la demande dans les 120 jours suivant leur admission au Collège des médecins du Québec :

- ▶ si moins de 30 ans : 300 000 \$
- ▶ si entre 30 et 34 ans : 200 000 \$
- ▶ si entre 35 et 39 ans : 150 000 \$

Terminaison :

Cette garantie se termine au décès du participant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU CONJOINT

RÉGIME F

Capital assuré

Tranches de 10 000 \$

Minimum : 50 000 \$

Maximum : 250 000 \$

Le montant d'assurance souscrit ne peut excéder le montant d'assurance souscrit en vertu de la garantie d'Assurance vie du conjoint.

Terminaison :

Cette garantie se termine à la date à laquelle l'assurance du participant prend fin ou à la date à laquelle le conjoint n'est plus une personne à charge.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

RÉGIME G

Prestation mensuelle

Tranches de 100 \$

Minimum mensuel : 500 \$

Maximum mensuel : ▶ si moins de 60 ans : 15 000 \$
 ▶ si entre 60 et 64 ans : 8 500 \$
 ▶ si entre 65 et 69 ans : 7 000 \$

Des preuves d'assurabilité sont nécessaires pour tout montant d'assurance, à l'exception des montants suivants pour les participants qui en ont fait la demande dans les 120 jours suivant leur admission au Collège des médecins du Québec :

- ▶ si moins de 30 ans : 6 000 \$ (ou 7 500 \$ si la demande est reçue par l'administrateur avant le 30 juin de la première année de pratique de l'étudiant)
- ▶ si entre 30 et 34 ans : 4 500 \$
- ▶ si entre 35 et 39 ans : 3 000 \$

Toutefois, le maximum de toutes sources de revenu ne peut excéder 85 % du revenu net mensuel au début de l'invalidité.

Dans le cas des montants de protection souscrits avant le 1^{er} juillet 1999 auprès de l'assureur précédent, ce pourcentage est de 90 %.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

RÉGIME G

Prestation mensuelle (suite)

Réductions : Le montant payable sera assujéti aux réductions énoncées dans la garantie.

Délai de carence : Catégorie 100 :
30, 90, 180 ou 730 jours
Catégorie 110 :
30, 90 ou 180 jours

Période maximale de prestations :

Si l'invalidité débute avant l'âge de 65 ans :
Jusqu'au 65^e anniversaire de naissance du participant.

Si l'invalidité débute à l'âge de 65 ans :
Après une période de 24 mois suivant l'expiration du délai de carence, sans dépasser le 70^e anniversaire de naissance du participant.

Dans les cas d'invalidité partielle, les prestations cessent à la date du 65^e anniversaire de naissance du participant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

RÉGIME G

Taux maximum d'ajustement
au coût de la vie :

Taux reconnu par l'indice des prix à la
consommation, moins 3 %

Les prestations sont non imposables seulement si la totalité de la prime est
payée par le participant.

Terminaison :

Cette garantie se termine au 70^e anniversaire de naissance du participant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE FRAIS DE BUREAU

RÉGIME H

Prestation mensuelle

Tranches de 100 \$

Minimum mensuel : 500 \$

Maximum mensuel :
▶ moins de 60 ans : 10 000 \$
▶ 60 à 69 ans : 3 000 \$

Délai de carence : 30 jours

Période maximale de prestations : 18 mois
Si les frais couverts réellement engagés durant un mois sont moindres que le montant d'assurance, la période de couverture de 18 mois est prolongée jusqu'à ce que le maximum de prestations ait été atteint, sans jamais excéder 36 mois.

Terminaison :

Cette garantie se termine au 70^e anniversaire de naissance du participant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT

RÉGIME J

Capital assuré

Tranches de 10 000 \$

Minimum : 50 000 \$

Maximum : 500 000 \$

Terminaison :

Cette garantie se termine au 65^e anniversaire de naissance du participant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE GRAVE DU CONJOINT

RÉGIME K

Capital assuré

Tranches de 10 000 \$

Minimum : 50 000 \$

Maximum : 500 000 \$

Terminaison :

Cette garantie se termine au 65^e anniversaire de naissance de la personne assurée.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

RÉGIME L

Franchise

- protection individuelle : 125 \$
- protection familiale : 125 \$

Remboursement

- soins préventifs : 80 %
- soins de base : 75 %
- soins majeurs : 50 %

Maximum par personne assurée

- soins préventifs, soins de base
et soins majeurs : 2 000 \$ par année civile

La durée de participation à cette garantie ne peut être inférieure à 36 mois. Le membre qui met fin à sa participation ne peut y participer par la suite.

Les frais sont remboursés selon le guide des tarifs des chirurgiens dentistes de l'année courante, sous réserve de toute limite indiquée à la garantie Assurance soins dentaires.

Terminaison :

Cette garantie se termine au décès du participant.

CONDITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Dans la police collective, on entend par :

Accident : Un événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause externe de nature violente et qui occasionne, directement et indépendamment de toute autre cause, des lésions corporelles.

Administrateur : Dale-Parizeau Morris Mackenzie.

Assureur : Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Conjoint : Une personne liée au participant par un mariage légalement reconnu ou, si le participant la désigne par écrit à l'assureur, une personne qu'il présente publiquement comme son conjoint, avec qui il fait régulièrement vie commune et parent d'un enfant issu de leur union ou, en l'absence de tel enfant, avec qui il fait régulièrement vie commune depuis au moins un an étant précisé que la dissolution du mariage par divorce ou annulation fait perdre ce statut de conjoint, de même que la séparation de fait depuis plus de 3 mois dans le cas d'un mariage non légalement reconnu. La désignation de cette personne prend effet au moment de sa notification et annule la couverture de la personne désignée antérieurement comme conjoint.

Contrat antérieur : Le contrat d'assurance collective intervenu entre la SSQ, Société d'assurance-vie inc. et le titulaire.

Enfant à charge : Tout enfant célibataire du participant, de son conjoint ou des deux, y compris l'enfant légalement adopté :

- a) âgé de moins de 21 ans;
- b) âgé de 21 ans ou plus, mais de moins de 26 ans, dont le participant ou le conjoint assume le soutien, étudiant à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue, moyennant présentation d'un certificat adéquat;

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

- c) quel que soit son âge, dont le participant ou le conjoint assume le soutien, atteint d'une invalidité physique ou mentale grave et prolongée alors qu'il répondait aux dispositions précédentes d'enfant à charge rendant cet enfant régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice et devant vraisemblablement entraîner le décès ou durer indéfiniment, moyennant présentation de preuves médicales adéquates.

Invalidité :

- a) Invalidité totale

Une incapacité complète causée par un accident ou une maladie qui empêche le participant d'accomplir les principales tâches de ses fonctions professionnelles habituelles.

- b) Invalidité partielle

Un état qui, en raison d'un accident ou d'une maladie, amène le participant à une perte d'au moins 20 % de son revenu net mensuel ajusté au début de l'invalidité.

Seul le régime G (Assurance revenu de longue durée) peut donner lieu à des prestations en regard d'une invalidité partielle. Par conséquent, la définition d'invalidité partielle ne s'applique qu'à ce seul régime.

En plus de répondre à la définition d'invalidité, le participant doit être sous les soins réguliers d'un médecin.

Maladie : Toute détérioration de la santé qui nécessite des soins médicaux réguliers, continus et curatifs donnés par un médecin.

Médecin : Tout médecin légalement autorisé à la pratique de la médecine.

Membre : Tout médecin possédant le statut d'omnipraticien et membre en règle du Collège des médecins du Québec;

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Même période d'invalidité : Une période continue d'invalidité et toute période d'invalidité subséquente :

- a) qui sont dues à la même cause ou à des causes non entièrement différentes, sans être séparées par un retour effectif du participant à ses activités professionnelles, pendant au moins 6 mois consécutifs;
- b) qui sont dues à des causes entièrement différentes sans être séparées par le retour effectif du participant à ses activités professionnelles pendant au moins un jour entier.

Non-fumeur : Une personne qui, au cours des 12 derniers mois précédant la date de l'attestation, n'a fumé aucun produit de tabagisme tel que cigarette, cigare, cigarillo ou pipe, ni aucune drogue.

Il est entendu que l'assureur peut demander à tous les 12 mois, lors du renouvellement, une confirmation de statut de non fumeur; le participant doit alors être en mesure de répondre aux exigences en vigueur à cette date et retourner sa confirmation dans les 30 jours suivant la demande, faute de quoi, il perd son statut de non-fumeur et ne bénéficiera plus de la réduction de prime qui s'y rattache, et ce, à compter de la date de la demande de l'assureur.

Participant : Toute personne admissible à l'assurance dont la demande d'adhésion a été reçue par l'administrateur.

Personne à charge : Le conjoint et les enfants tel que défini précédemment.

Personne assurée : Un participant ou une de ses personnes à charge, s'il y a lieu, admis à l'assurance.

Régime A : Garantie Assurance maladie complémentaire.

Régime B : Garantie Assurance vie du participant.

Régime C : Garantie Assurance vie du conjoint

Régime D : Garanties Assurance vie des enfants et Assurance de décès et mutilation accidentels des enfants.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Régime E : Garantie Assurance de décès et mutilation accidentels du participant.

Régime F : Garantie Assurance de décès et mutilation accidentels du conjoint.

Régime G : Garantie Assurance revenu en cas d'invalidité de longue durée.

Régime H : Garantie Assurance frais de bureau.

Régime J : Garantie Assurance maladie grave du participant.

Régime K : Garantie Assurance maladie grave du conjoint.

Régime L : Garantie Assurance soins dentaires.

Retraité : Tout participant reconnu comme tel par le titulaire.

Taux d'indexation : Le taux d'indexation d'une année donnée est fonction du taux d'inflation et est déterminé après entente entre le titulaire et l'assureur.

ASSURANCE

ADMISSIBILITÉ

Est admissible à l'assurance :

- a) Le membre actif, à savoir : le membre, à condition d'être âgé de moins de 65 ans au moment de sa demande d'adhésion et d'exercer régulièrement ses activités professionnelles en travaillant un minimum de 20 heures par semaine;
- b) Le membre retraité qui était assuré immédiatement avant la date de sa retraite;

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

- c) Le membre actif et le membre retraité qui sont temporairement à l'extérieur du Canada, s'ils sont admissibles et inscrits au régime d'assurance maladie du Québec, sous réserve des dispositions relatives au maintien de l'assurance.

Cependant :

- a) le membre âgé de 65 ans ou plus n'est pas admissible aux régimes J et K;
- b) les personnes à charge du membre sont admissibles à l'assurance en vertu des régimes A, C, D, F, K et L à la même date que le membre lui-même ou à la date à laquelle elles deviennent des personnes à charge du participant selon la dernière de ces éventualités;
- c) lorsque deux conjoints sont admissibles à titre de membre, l'un d'eux peut choisir d'être protégé comme personne à charge de l'autre, tout en conservant son admissibilité aux régimes B, E, G, H et J.

PARTICIPATION

Le membre admissible et ses personnes à charge peuvent participer à l'un ou plusieurs des régimes optionnels B à L à condition qu'ils fournissent des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur. La participation au régime A ne requiert aucune preuve d'assurabilité.

Toutefois, certains montants de protection sont disponibles sans preuve d'assurabilité à condition que le membre en fasse la demande dans les 120 jours qui suivent la date de son admission au Collège des médecins du Québec ou d'obtention de son diplôme en médecine familiale.

Les montants d'assurance sont indiqués au Tableau sommaire.

Le membre qui désire participer aux différents régimes disponibles doit obligatoirement participer au régime A, sous réserve de la possibilité de s'en exempter prévue à la section *Exemption*. Pour les membres de moins de 65 ans, la durée de participation minimale consécutive à une même option du régime A est de deux ans.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

L'adhésion à la garantie Assurance soins dentaires n'est possible qu'au moment d'une des éventualités suivantes :

- a) lors de l'adhésion initiale;
- b) lors d'un changement de statut pour un statut plus généreux (voir les sections *Augmentation du statut de protection* et *Modification de la protection d'assurance*);
- c) lors de la cessation de l'exemption de l'assurance maladie pour le participant;
- d) lors d'une modification d'option (toujours vers une option plus généreuse).

La durée de participation à la garantie Assurance soins dentaires ne peut en aucun cas être inférieure à 36 mois et la protection d'assurance demandée (individuelle, familiale, monoparentale ou couple) doit être la même que celle pour le régime A. Le membre qui met fin à sa participation à la garantie Assurance soins dentaires ne peut plus y adhérer par la suite.

PRÉ-REQUIS

Le membre qui désire participer aux différents régimes disponibles doit de plus respecter les pré-requis suivants :

RÉGIME	RÉGIME(S) PRÉ-REQUIS POUR Y PARTICIPER
Régime A	Aucun, régime obligatoire
Régime B	A
Régime C	A, B
Régime D	A, B
Régime E	A, B
Régime F	A, B, C
Régime G	A
Régime H	A, G
Régime J	A
Régime K	A, J
Régime L	A et (B ou G ou J)

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

EXEMPTION

Le membre déjà protégé par un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires ou qui est âgé de 65 ans ou plus peut s'exempter de participer au régime A par avis écrit à cet effet transmis à l'administrateur.

Relativement à l'assurance médicaments, tout membre âgé de 65 ans ou plus admissible à l'assurance peut exercer l'une des options suivantes :

- a) S'assurer entièrement dans le régime A en assumant la prime additionnelle requise pour l'assurance médicaments. Le membre qui opte pour le maintien de l'assurance médicaments auprès de l'assureur peut, en tout temps, revoir ce choix et s'inscrire à la RAMQ.

ou

- b) S'assurer auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour l'assurance médicaments et conserver le régime A pour les autres garanties d'assurance maladie. La décision du membre de s'assurer pour les médicaments auprès de la RAMQ est irrévocable.

À moins d'indication contraire, l'assureur assume que le membre qui atteint 65 ans opte pour une inscription à la RAMQ.

Un membre exempté de participer à la garantie Assurance maladie complémentaire ne peut participer à la garantie Assurance soins dentaires.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

Membre

L'assurance prend effet à l'une des dates suivantes :

- a) La protection que le membre peut obtenir sans preuve d'assurabilité prend effet le premier jour du mois au cours duquel la demande d'adhésion a été reçue par l'administrateur.
- b) La protection demandée, en sus de la protection disponible sans preuve d'assurabilité, prend effet à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Le changement de statut ou du montant de protection prend effet le premier jour du mois au cours duquel la demande d'adhésion a été reçue par l'administrateur.

Dans les cas considérés comme des risques aggravés, l'assurance prend effet à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur et du paiement de la prime totale, y compris la surprime, à l'assureur ou à l'administrateur.

Personnes à charge

L'assurance prend effet à l'une des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'assurance du membre en vertu du régime A prend effet;
- b) la date à laquelle elles deviennent des personnes à charge du membre;
- c) la date à laquelle l'assureur accepte les preuves d'assurabilité des personnes à charge, s'il y a lieu.

AUGMENTATION DU STATUT DE PROTECTION

Le membre qui choisit une protection individuelle ou monoparentale peut modifier celle-ci en une protection monoparentale, couple ou familiale, seulement en présence des événements suivants :

- a) mariage, ou
- b) cohabitation depuis plus d'un an (sans période minimale si un enfant est issu de leur union ou si des procédures légales d'adoption sont entreprises), ou
- c) cessation de protection d'un contrat d'assurance collective en vertu duquel les personnes à charge étaient protégées.

MODIFICATION DE LA PROTECTION D'ASSURANCE

Toute demande d'augmentation du montant de protection en cours d'assurance est sujette à des preuves d'assurabilité.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Relativement au régime A, après une période consécutive minimale de participation de 2 ans, toute modification d'option doit être faite au 1^{er} juillet. Toutefois, dans le cas d'un participant qui est exonéré du paiement de ses primes, il ne pourra modifier son option qu'à la date de son retour effectif au travail.

Le participant qui atteint 65 ans peut, une dernière fois, faire un choix d'option pour le régime A.

Par ailleurs, l'augmentation de protection demandée ne peut être inférieure aux montants suivants :

Régime B	50 000 \$
Régime C	50 000 \$
Régime G	500 \$
Régime H	500 \$
Régime J	50 000 \$
Régime K	50 000 \$

Aucune demande d'augmentation du montant de protection en cours d'assurance ne peut être effectuée pour un participant âgé de 65 ans ou plus.

MAINTIEN DE L'ASSURANCE

Séjour à l'extérieur du pays, congé sabbatique, congé d'étude, congé de maternité, congé parental, congé d'adoption ou autre congé accepté par l'assureur

Un participant temporairement absent de son lieu ordinaire de travail pour un ou des motifs énumérés ci-dessus peut maintenir ses garanties d'assurance pour une période maximale de 24 mois, sous réserve du paiement des primes exigibles de sa part et d'un avis transmis à l'assureur dans les 30 jours suivant le début de l'absence, et indiquant la date prévue de retour au travail, si elle est connue.

Si à l'expiration de la période maximale le participant ne retourne pas au travail, les garanties d'assurance maintenues prennent fin.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Lors du retour au travail, les garanties non maintenues sont sujettes à preuves d'assurabilité.

Pour qu'une invalidité totale, telle que définie à la police collective et survenue lors d'une absence temporaire, soit reconnue par l'assureur dans une garantie donnée, celle-ci doit avoir été maintenue. Dans ce cas, le calcul du délai de carence applicable à la garantie se fait à partir de la date prévue de retour au travail.

TERMINAISON DE L'ASSURANCE

Participant

L'assurance d'un participant prend fin à la première des dates suivantes :

- a) l'échéance des primes exigibles pour ce participant si elles ne sont pas versées à l'assureur ou à l'administrateur avant l'expiration du délai de grâce;
- b) la date de la résiliation de la police collective;
- c) le dernier jour du mois durant lequel le participant cesse d'être admissible à l'assurance;
- d) relativement à une garantie comprenant l'exonération des primes, la date à laquelle se termine telle exonération de prime à moins que le participant n'ait repris le paiement de ses primes en tant que membre admissible à l'assurance en vertu de la police collective;
- e) le premier jour du mois qui suit la réception par l'administrateur d'une demande écrite du participant à cet effet;
- f) après la période de 24 mois prévue à la section MAINTIEN DE L'ASSURANCE, dans le cas d'un participant qui ne retourne pas au travail à l'expiration de cette période maximale de 24 mois;
- g) la date à laquelle le participant ou l'une de ses personnes à charge perçoit ou laisse percevoir, en conséquence de fausses demandes ou représentations provenant du participant ou d'un tiers, des prestations auxquelles la police collective ne donne pas droit, indépendamment de tout autre recours que l'assureur pourrait exercer.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Personnes à charge

L'assurance des personnes à charge prend fin à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'assurance du participant prend fin;
- b) la date à laquelle elles cessent d'être des personnes à charge;
- c) l'échéance des primes exigibles pour les personnes à charge en vertu de la police collective si elles ne sont pas versées à l'assureur ou à l'administrateur avant l'expiration du délai de grâce;
- d) le premier jour du mois qui suit la réception par l'administrateur d'une demande écrite du participant à cet effet;
- e) après la période de 24 mois prévue à la section MAINTIEN DE L'ASSURANCE, dans le cas d'un participant qui ne retourne pas au travail à l'expiration de cette période maximale de 24 mois.

PRIMES

PAIEMENT DE LA PRIME

Pour tout montant d'assurance vie et protection du revenu excédant celui accordé sans preuve d'assurabilité, un participant peut avoir à payer, s'il est considéré comme étant un risque aggravé, une surprime; ou encore, il peut voir tout montant excédant la protection disponible sans preuve d'assurabilité offert par la police collective lui être refusé ou accepté au taux de prime régulier avec toutefois certaines restrictions quant aux maladies particulières relativement à cet excédent.

REMBOURSEMENT DE LA PRIME

Lorsque l'assurance d'un participant ou des personnes à charge prend fin, la prime du mois au cours duquel l'assurance prend fin est payable. L'excédent, s'il y a lieu, est remboursé au participant.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

EXONÉRATION DES PRIMES

Si un participant, lorsqu'il est couvert par la police collective, est atteint d'invalidité totale avant son 60^e anniversaire de naissance et que cette invalidité se continue pendant une période d'au moins 3 mois consécutifs, la protection en vigueur au début de l'invalidité pour chacune des garanties alors détenues par le participant est maintenue en vigueur sans paiement de primes à compter du début de la période précitée et jusqu'à la première des éventualités suivantes :

- a) la date à laquelle prend fin l'invalidité totale du participant;
- b) la date à laquelle le participant atteint l'âge de 65 ans;
- c) pour les garanties Assurance maladie complémentaire et Assurance soins dentaires, la date à laquelle prend fin la police collective.

Les montants de protection exonérés de primes demeurent cependant sujets aux réductions d'âge prévues à la police collective.

L'administrateur convient de rembourser au participant ayant acquis le bénéfice d'exonération des primes en raison de son invalidité totale les primes déjà perçues pour la période postérieure à la date à laquelle le droit au bénéfice d'exonération des primes est acquis, à condition que l'invalidité totale se poursuive.

Pour que le droit à l'exonération des primes soit reconnu, les preuves d'invalidité doivent être fournies à l'assureur dans les 9 mois suivant le commencement de la période d'invalidité totale. Le participant exonéré de primes doit soumettre des preuves de continuation de son invalidité dans les 31 jours d'une demande de l'assureur à cet effet, faute de quoi l'exonération prend fin à la date de la demande de l'assureur.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

PRESTATIONS

PREUVES ET PAIEMENT

Toute demande de prestations doit être détaillée à la satisfaction de l'assureur et produite par écrit au siège social de l'assureur dans le délai prévu pour la garantie concernée sans quoi elle n'engage pas l'assureur.

Toutes les prestations sont payables en monnaie légale du Canada au participant lui-même ou, dans le cas d'un montant d'assurance payable au décès du participant, au bénéficiaire désigné par lui. Toutefois, lorsque la demande de prestations porte sur un compte non acquitté de frais couverts par une garantie d'assurance maladie, les prestations peuvent, au gré de l'assureur, être versées au fournisseur des services qui font l'objet de la demande de prestations.

Pour avoir droit à des prestations en vertu de la police collective, le participant autorise d'avance tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, institution ou autre organisme, pour lui-même et comme agent de ses personnes à charge, à transmettre à l'assureur ou à ses représentants toute information, rapport ou document qu'ils peuvent requérir.

Le participant autorise l'assureur à correspondre directement avec tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, institution ou autre organisme pour obtenir tout renseignement utile au règlement des demandes de prestations et dégage les personnes concernées de toute responsabilité légale pouvant découler de la divulgation de tels renseignements.

Le participant autorise l'assureur à utiliser, pour fins administratives, tout renseignement fourni par lui ou par ses personnes à charge.

Le participant convient de fournir lui-même ou de faire fournir à ses frais à l'assureur les preuves nécessaires à l'établissement de son droit à des prestations ainsi que les documents et renseignements dont il est question aux deux paragraphes précédents.

Le participant accepte de fournir à l'assureur la possibilité de faire examiner la personne dont la blessure ou la maladie fait l'objet d'une demande de prestations ou d'exonération de prime par un médecin choisi et rémunéré par l'assureur, aussi souvent que ce dernier peut raisonnablement l'exiger pendant la

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

durée de l'invalidité ou pendant que la demande de prestations est en voie de règlement.

OPTIONS DE RÈGLEMENT

Le paiement en un seul versement de toute somme due en vertu d'une ou de plusieurs garanties d'assurance vie de la police collective peut, à la demande du participant ou du bénéficiaire, être remplacé par une option de règlement convenant à la fois au participant ou au bénéficiaire et à l'assureur, telle qu'un dépôt à intérêts, les annuités certaines, la rente viagère immédiate ou différée.

HEURE DE PRISE D'EFFET

Partout où il est fait mention d'une date en rapport avec la protection d'une personne assurée, ladite date court à partir de 0h01, heure en vigueur au lieu de résidence de la personne assurée.

DÉLAI POUR PRENDRE ACTION

Aucune mise en demeure ni aucune action ne peut être entreprise contre l'assureur pour recouvrer des prestations en vertu de la police collective avant qu'un délai de 30 jours à compter du dépôt des preuves requises par l'assureur ne soit écoulé ni plus de 3 ans à compter du moment où le droit d'action prend naissance.

BÉNÉFICIAIRE

- a) Pour tout montant d'assurance payable à son décès, le participant peut, sous réserve des dispositions de la loi, désigner un bénéficiaire ou changer en tout temps un bénéficiaire déjà désigné, par une déclaration déposée au siège social de l'assureur ou de l'administrateur;
- b) À la date d'entrée en vigueur de la police collective ou de la protection du participant si celle-ci est ultérieure, le bénéficiaire est «les exécuteurs ou administrateurs de la succession du participant ou ses ayants-droit», à moins que le participant ne fasse parvenir au siège social de l'assureur ou de l'administrateur une déclaration écrite de désignation de bénéficiaire. Toute désignation ou tout changement de

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

bénéficiaire entre en vigueur à compter de la date de réception, au siège social de l'assureur ou de l'administrateur, de la déclaration écrite du participant;

- c) Si, au moment du décès du participant, il n'y a pas de bénéficiaire désigné, les prestations sont payables aux exécuteurs ou administrateurs de la succession du participant ou à ses ayants-droit. Lorsqu'il y a plus d'un bénéficiaire désigné sans indication de leurs intérêts respectifs, ils partagent à parts égales les prestations;
- d) Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant le participant retournent au participant.

EXCLUSIONS APPLICABLES À TOUTES LES GARANTIES

Sous réserve des dispositions de la loi, aucune garantie ne s'applique à une personne assurée pour une perte subie ou des frais engagés :

- a) lors d'une perpétration ou d'une tentative de perpétration d'un acte criminel par la personne assurée;
- b) lors de la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection;
- c) qui résultent directement ou indirectement d'une guerre ou d'une guerre civile, qu'elle soit déclarée ou non;
- d) lorsque la personne assurée s'est engagée comme membre actif des forces armées de n'importe quel pays et pour la durée de tel engagement.

DISPOSITIONS APPLICABLES AUX GARANTIES ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ET SOINS DENTAIRE

- a) Toute demande de prestations doit être présentée par le participant sur un compte acquitté, à moins qu'il ne soit spécifié autrement dans le texte de la garantie concernée.
- b) Lorsque la demande de prestations porte sur un compte non acquitté, elle doit être présentée sur les formulaires fournis à ces fins par l'assureur et porter la signature de la personne qui a fourni les services.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

- c) Toute demande de prestations doit être présentée dans les 12 mois de tout événement sujet à l'application des garanties Assurance maladie complémentaire ou Soins dentaires, sans quoi elle n'engage pas l'assureur. Si l'événement sujet à l'application de ces garanties produit ses effets sur une période supérieure à 12 mois, une nouvelle demande de prestations doit être produite pour chaque période de 12 mois.

Toutefois, si la police prend fin, toute demande de prestations des garanties Assurance maladie complémentaire ou Soins dentaires doit être soumise à l'assureur dans les 90 jours suivant la date de résiliation de la police.

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Lorsqu'un participant ou l'une de ses personnes à charge engage certains des frais décrits plus bas, l'assureur paie en fonction de l'option choisie par le participant après déduction de la franchise et selon les maximums et périodes indiqués au Tableau sommaire.

FRANCHISE

La franchise ne s'applique qu'une seule fois par année civile sur l'ensemble des frais couverts engagés par le participant et ses personnes à charge. Les frais engagés durant les 3 derniers mois d'une même année civile et qui ont été utilisés pour satisfaire en totalité ou en partie la franchise réduisent d'autant la franchise de l'année suivante.

Le montant de la franchise exigible est indiqué au Tableau sommaire.

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Seuls sont couverts les frais engagés pour des soins ou consultations rendus par un professionnel de la santé qui est membre en règle de l'ordre professionnel qui régit l'exercice de ses activités ou de son titre ou, à défaut de l'existence d'un tel ordre, de l'association professionnelle pertinente reconnue par l'assureur. Sauf si spécifiquement prévu à la garantie, seuls les honoraires du professionnel concerné sont couverts. Un seul traitement par jour est couvert pour le même patient.

ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

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

- a) la personne assurée soit couverte par les régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de sa province de résidence;
- b) l'urgence survienne au cours des premiers 180 jours de l'absence de la personne assurée de sa province de résidence;

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- c) l'absence de la personne assurée soit en raison d'un voyage privé ou professionnel; et
- d) en cas d'urgence médicale, l'urgence soit couverte en vertu de l'article Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de la garantie Assurance maladie complémentaire.

Toute personne assurée prévoyant quitter sa province de résidence pour un séjour de plus de 180 jours devra contacter l'administrateur du régime afin de s'informer des options possibles.

Le participant devra préciser à l'assureur la date de départ, la date de retour, le lieu du séjour, la nature des activités, l'acceptation de couverture auprès de la Régie de l'Assurance maladie du Québec ainsi que la présence de personnes à charge au cours du séjour.

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

Les frais couverts en vertu de la présente garantie sont limités au maximum indiqué au Tableau sommaire.

Tous les montants mentionnés à la présente garantie et toutes les prestations payables le sont en monnaie légale du Canada.

DÉFINITION

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Membre de la famille immédiate : Le conjoint, le père, la mère, un enfant, un frère ou une sœur de la personne assurée.

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

SERVICES D'ASSISTANCE MÉDICALE

Les services médicaux suivants sont disponibles en cas d'urgence :

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

b) Soins médicaux

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

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

c) Transport médical

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

- Organiser et payer le transport ou le transfert de la personne assurée à un hôpital par tout moyen approprié recommandé par le médecin traitant, ceci en accord avec le fournisseur de services d'assistance médicale.
- Organiser et payer le rapatriement de la personne assurée à son domicile ou jusqu'à un hôpital près de son domicile après le traitement initial, par tout moyen de transport adéquat et à la condition

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

que son état de santé le nécessite et le permette. Le fournisseur de services d'assistance médicale organise et contrôle le rapatriement par le mode de transport le plus approprié : avion-ambulance, hélicoptère, avion de ligne commerciale, train ou ambulance.

- d) Paiement des dépenses médicales et avance de fonds
- Le fournisseur de services d'assistance médicale prend les arrangements nécessaires au paiement des dépenses médicales couvertes en vertu de l'article Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de la présente garantie.
 - Si cela s'avère nécessaire pour que la personne assurée reçoive des soins médicaux, le fournisseur de services d'assistance médicale avance des fonds, après accord préalable de l'assureur, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, en monnaie légale du Canada.
- e) Rapatriement de la dépouille mortelle
- À la suite du décès de la personne assurée, le fournisseur de services d'assistance médicale s'occupe des formalités à accomplir et du paiement de tous les frais liés au transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation dans sa province de résidence, jusqu'à concurrence de 3 000 \$. Les frais d'obsèques ne sont pas payés.
- f) Retour des enfants à charge
- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise le rapatriement des enfants de la personne assurée qui ont moins de 16 ans et sont privés de surveillance en raison de l'hospitalisation de la personne assurée. De plus, le fournisseur de services d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touriste des enfants accompagnés, au besoin, à leur lieu de résidence habituel. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- g) Retour d'une personne assurée ou d'un membre de la famille immédiate de la personne assurée
- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise le rapatriement de la personne assurée ou de tout membre de la famille immédiate de la personne assurée ayant perdu l'usage de son billet d'avion en raison de l'hospitalisation ou du décès de la personne assurée. Le fournisseur de services d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touriste de la personne assurée ou d'un membre de la famille immédiate à son lieu de résidence habituel. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.
- h) Visite d'un membre de la famille immédiate
- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise et règle le transport aller-retour en classe touriste d'un membre de la famille immédiate à des fins de visite si la personne assurée est hospitalisée pour une durée minimum de 7 jours consécutifs et si ladite visite est bénéfique à la personne assurée, d'après l'avis du médecin traitant.
- i) Frais de subsistance pour le logement et les repas
- Si le retour est reporté à la suite de l'hospitalisation d'une personne assurée pour une durée de plus de 24 heures, ou en raison de son décès, les frais de subsistance engagés, en raison de ce délai, par elle, par un membre de la famille immédiate l'accompagnant ou par un membre de la famille immédiate lors d'une visite, dans les circonstances définies au paragraphe ci-dessus (*Visite d'un membre de la famille immédiate*), sont remboursables, jusqu'à concurrence d'un maximum quotidien de 150 \$ par personne et d'un remboursement global de 1 500 \$.

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

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

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

SERVICES D'ASSISTANCE VOYAGE EN CAS D'URGENCE PERSONNELLE

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

- a) Service téléphonique de traduction
- En cas d'urgence, le fournisseur de services d'assistance médicale met à la disposition de la personne assurée des services d'interprète pour les appels téléphoniques dans la plupart des langues étrangères.
- b) Service de transmission et de garde de messages
- En cas d'urgence, le fournisseur de services d'assistance médicale transmet, sur demande, un message de la personne assurée à son domicile, à son bureau ou ailleurs, ou conserve pendant 15 jours les messages qui sont destinés à la personne assurée ou aux membres de sa famille immédiate.
- c) Assistance juridique
- En cas d'urgence de cet ordre, le fournisseur de services d'assistance médicale assiste la personne assurée afin d'obtenir de l'aide juridique locale au besoin et l'aide également à obtenir une avance

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

de fonds en espèces sur ses cartes de crédit ou par l'entremise de sa famille et de ses amis afin d'acquitter les frais de contentieux et de cautionnement.

d) Information-voyage

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

e) Perte de bagages ou de documents

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

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

Les frais pour les services et l'équipement énumérés dans la présente garantie seront couverts à condition que les services et l'équipement aient été fournis avant le retour de la personne assurée dans sa province de résidence afin de ne pas nuire à sa santé.

Si la personne assurée doit être hospitalisée à l'extérieur du Canada en raison d'une urgence médicale, la personne assurée est tenue de communiquer avec le service d'assistance médicale désigné par l'assureur aussitôt que la personne assurée est raisonnablement en mesure de le faire après le début de son hospitalisation. Le manquement à remplir cette condition peut mener au refus de l'assureur de prendre en charge la demande de règlement de la personne assurée ou à la limitation de la demande de règlement résultant de l'urgence médicale.

De plus, si, lors d'une urgence médicale, l'assureur est d'avis que la personne assurée peut être rapatriée dans sa province de résidence sans nuire à sa santé et que la personne assurée refuse d'être rapatriée, l'assureur ne remboursera par la suite aucuns frais engagés par la personne assurée en raison de l'urgence médicale.

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Aucun remboursement n'est prévu dans la présente garantie pour les frais engagés en raison d'un état de santé dont la personne assurée connaissait la précarité et savait qu'il n'était pas sous contrôle au début de son absence de sa province de résidence.

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

- a) Les soins reçus d'un médecin;
- b) L'hébergement dans un hôpital tel que prévu à l'article Chambre d'hôpital au Canada;
- c) Les services de nature médicale, les équipements et les appareils fournis lors d'une hospitalisation;
- d) Le diagnostic, les radiographies et les services de laboratoire;
- e) Les services paramédicaux fournis lors d'une hospitalisation;
- f) Les fournitures et les services fournis en clinique externe;
- g) Les médicaments;
- h) Les fournitures et les appareils médicaux fournis hors de l'hôpital;
- i) Le transport professionnel en ambulance de la personne assurée vers l'hôpital le plus proche qui possède l'équipement nécessaire afin de fournir le traitement médical requis.

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

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

La présente garantie ne couvre pas les frais :

- a) payables ou remboursables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été présentée;

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- b) pour une blessure ou une maladie résultant de toute tentative de suicide ou toute blessure que la personne assurée s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- c) pour une blessure ou une maladie résultant d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;
- d) pour une blessure ou une maladie résultant de la perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel ou de la provocation d'une agression;
- e) pour tout traitement ou appareil visant à corriger la dimension verticale, ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;
- f) pour tous les soins ou traitements qui ne sont pas médicalement nécessaires, qui sont donnés dans un but esthétique ou dans un but autre que curatif et qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique, ou un traitement de nature expérimentale;
- g) pour tous les soins ou traitements inscrits dans le cadre d'un programme de recherche et de développement de produit dont l'usage n'est pas recommandé par le fabricant ou n'est pas conforme aux normes gouvernementales;
- h) pour tous les soins ou traitements pour une blessure ou une maladie qui ne sont pas reconnus d'usage courant, usuel et coutumier pour une telle blessure ou maladie;
- i) pour la partie des frais en excédent des frais raisonnables et courants normalement engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une maladie de même nature et de gravité équivalente;
- j) pour les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de la personne assurée;
- k) pour tout voyage de santé ou cure de repos;
- l) pour l'examen des yeux, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- m) pour les lunettes et les lentilles cornéennes, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- n) pour tous les soins ou traitements reliés à la fertilité ou l'infertilité;
- o) pour l'achat ou la location de tout appareil de confort, de massage et d'accessoires domestiques qui ne sont pas requis exclusivement pour un usage médical;
- p) pour l'achat de services ou de fournitures ayant pour seul objet de faciliter la participation de la personne assurée dans des sports ou des activités de loisirs, et non pour des activités quotidiennes;
- q) pour tous les soins et traitements (y compris la lutte contre la dépendance) pour des états tels que l'obésité, le tabagisme, la toxicomanie et l'alcoolisme, sans toutefois s'y limiter;
- r) pour les vaccins de nature préventive et l'administration de sérums, de vaccins et de médicaments injectables;
- s) pour les contraceptifs (autres qu'oraux), sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- t) pour les produits suivants, sauf s'ils ne peuvent être obtenus que sur l'ordonnance d'un médecin et sont délivrés par un pharmacien licencié :
- produits pour l'entretien des lentilles cornéennes;
 - protéines ou suppléments diététiques, acides aminés;
 - aliments pour bébés;
 - rince-bouches, pansements et pastilles;
 - shampoings, huiles, crèmes;
 - produits de toilette, y compris les savons et les émoullients;
 - substances adoucissantes et protectrices pour la peau;
 - vitamines, suppléments vitaminiques ou multivitamines;
 - minéraux;
 - produits homéopathiques;
 - stéroïdes anabolisants;
- u) pour toute contribution au paiement du coût des services pharmaceutiques et des médicaments que doit assumer la personne assurée en vertu de tout régime provincial d'assurance médicaments;

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- v) pour les médicaments visant à améliorer la qualité de vie, tels que les médicaments liés aux problèmes de dysfonction érectile, d'infertilité, de perte des cheveux ou de manque de croissance, sans toutefois s'y limiter;
- w) pour les médicaments sur ordonnance dispensés par une clinique ou une pharmacie non accréditée d'un hôpital ou pour les traitements ambulatoires, y compris les médicaments dits d'urgence ou de recherche;
- x) pour les soins ou traitements reçus à l'extérieur du Canada en raison d'une situation d'urgence médicale liée (i) à une grossesse, si l'urgence médicale survient après la 32^e semaine de grossesse ou (ii) au déclenchement volontaire d'un avortement.

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

RESPONSABILITÉ

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

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

En outre, le fournisseur de services d'assistance médicale et l'assureur déclinent toute responsabilité à l'égard d'actes professionnels ou de carences

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

imputables à des médecins, hôpitaux, cliniques, avocats ou autres praticiens ou établissements autorisés vers lesquels le fournisseur de services d'assistance médicale dirige la personne assurée.

REMBOURSEMENT

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

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

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

L'assureur s'engage à rembourser les frais admissibles décrits ci-après, engagés alors que la personne assurée était couverte par la présente garantie et découlant de l'annulation ou de l'interruption d'un voyage à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire, sous réserve des conditions et des modalités énoncées dans la présente garantie et la police collective.

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Les frais sont couverts uniquement si la personne assurée, au moment de finaliser les arrangements de voyage, ne connaissait aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Réunion d'affaires privée : Une réunion privée préalablement organisée dans le cadre du travail à temps plein de la personne assurée, et qui constitue la seule raison du voyage. En aucun cas, une réunion d'affaires ne pourra inclure une convention, un congrès, une assemblée, une foire, une exposition, un séminaire ou une réunion du conseil d'administration.

Hôte à destination : Une personne qui héberge la personne assurée à sa résidence.

Membre de la famille : Le conjoint, l'enfant, le père, la mère, le frère, la sœur, le beau-père, la belle-mère, le grand-père, la grand-mère, le petit-enfant, le demi-frère, la demi-sœur, le beau-frère, la belle-sœur, l'oncle, la tante, le neveu et la nièce de la personne assurée.

Compagnon de voyage : Une personne qui partage des arrangements financiers de voyage avec la personne assurée, jusqu'à un maximum de 4 personnes, incluant la personne assurée.

Pays de destination : Le pays où se rend la personne assurée.

Transporteur : Un avion, un autobus ou un train public.

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

RISQUES ASSURÉS

L'annulation ou l'interruption du voyage doit résulter de l'une des causes suivantes :

- a) La maladie, la blessure ou le décès de la personne assurée, d'un membre de sa famille, d'un compagnon de voyage ou d'un membre de la famille du compagnon de voyage;
- b) La maladie, la blessure ou le décès d'un associé d'affaires ou de l'hôte à destination de la personne assurée;
- c) La maladie, la blessure ou le décès d'une personne dont la personne assurée est le tuteur légal;
- d) Le décès d'une personne dont la personne assurée est l'exécuteur testamentaire;
- e) La convocation de la personne assurée à titre de membre d'un jury ou de témoin dans un procès dont l'audition est prévue pendant la période du voyage, sauf si la personne assurée est un officier responsable de l'application de la loi;
- f) La mise en quarantaine de la personne assurée;
- g) Le détournement d'un transporteur à bord duquel la personne assurée voyage;
- h) Un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de la personne assurée;
- i) L'annulation d'une réunion d'affaires à la suite d'une maladie, d'une blessure ou du décès de la personne avec qui les arrangements pour la réunion d'affaires avaient été pris au préalable (une preuve écrite des arrangements est requise);
- j) Une recommandation du gouvernement du Canada incitant ses citoyens à ne pas voyager à l'intérieur du pays de destination, si cette recommandation a été émise après que la personne assurée ait pris les engagements relatifs à son voyage;
- k) La mutation de la personne assurée exigée par son employeur, qui nécessite le déménagement de la personne assurée à plus de

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

100 kilomètres de son domicile actuel, dans les 30 jours précédant la date du départ.

- l) L'absence de la correspondance prévue ou un départ retardé en raison (i) d'un délai du transporteur responsable de s'assurer de la correspondance à condition que le retard soit causé par des conditions atmosphériques ou une défaillance mécanique ou (ii) d'un accident de la circulation mettant en cause l'automobile privée ou louée de la personne assurée ou le taxi dans lequel elle circulait.

FRAIS COUVERTS

Les frais suivants sont couverts :

- a) En cas d'annulation avant le départ :
- i) La portion non remboursable des frais de voyage payés à l'avance;
 - ii) Les frais supplémentaires engagés pour des tarifs d'occupation plus élevés en milieu hôtelier par la personne assurée qui décide de poursuivre son voyage lorsqu'un compagnon de voyage doit annuler en raison de l'un des risques assurés. Les frais supplémentaires seront remboursés jusqu'à concurrence d'une somme ne dépassant pas la pénalité d'annulation de l'hôtel applicable au moment où la personne accompagnatrice doit annuler son voyage.
- b) Si le retour est anticipé ou retardé :
- i) Le coût supplémentaire d'un billet de retour simple le plus économique jusqu'au point de départ;
 - ii) La portion non utilisée et non remboursable des frais des autres arrangements de voyage payés à l'avance;
 - iii) Les frais de subsistance pour le logement et les repas dans un établissement commercial lorsqu'une personne assurée doit reporter son retour pour cause de maladie ou de blessure qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, sous réserve d'un remboursement quotidien maximal de 150 \$ par personne assu-

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

rée et d'un remboursement global maximal de 1 500 \$ pour le participant et ses personnes à charge.

Si la personne assurée possède une couverture identique sous une autre garantie de la présente police, la somme maximale payable en vertu de la présente police ne peut en aucun cas excéder la somme maximale indiquée dans la présente garantie.

c) Départ retardé ou correspondance manquée :

- i) Le coût supplémentaire d'un billet simple le plus économique exigé par un transporteur jusqu'à la destination prévue, lorsqu'une correspondance ou un départ sont manqués en raison d'un des risques assurés.

Pour que la garantie s'applique, la personne assurée doit avoir prévu arriver au point de départ au moins 2 heures avant l'heure prévue du départ.

- ii) La portion non utilisée et non remboursable des frais de voyage payés à l'avance, si les conditions atmosphériques empêchent la personne assurée d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pendant une période représentant une interruption d'au moins 30 % de la durée prévue du voyage, et que la personne assurée décide de ne pas poursuivre son voyage.

d) Transport aller-retour :

Les frais de transport par le moyen le plus économique, après approbation par l'assureur ou par le fournisseur de service d'assistance voyage, pour revenir dans la province de résidence de la personne assurée et pour retourner cette personne à l'endroit où elle était en voyage à condition que cette interruption de voyage soit causée par l'une des situations suivantes :

- i) Le décès ou l'hospitalisation d'un membre de la famille de la personne assurée, d'une personne dont elle est le tuteur ou d'une personne dont elle est le liquidateur;
- ii) Un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de la personne assurée ou cause des dommages importants à son établissement commercial.

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

EXCLUSIONS

Aucune somme n'est payable en vertu de la présente garantie, si l'annulation ou l'interruption du voyage résulte de l'une des causes suivantes :

- a) L'abus de médicaments ou d'alcool, ou la consommation de drogue;
- b) Le suicide ou la tentative de suicide ou toute blessure que la personne assurée s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- c) La perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel ou la provocation d'une agression;
- d) Une agitation civile, une insurrection ou une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou la participation à une émeute;
- e) Une grossesse, une fausse-couche, un accouchement ou des complications en résultant et se produisant dans les 2 mois précédant la date prévue de l'accouchement;
- f) Une blessure ou une maladie survenue lors de la participation à un événement sportif professionnel ou à tout genre de compétition de véhicules motorisés ou d'épreuves de vitesse, ou à des activités dangereuses tels le vol plané ou à voile, l'alpinisme, le parachutisme, le saut à l'élastique, ou toute autre activité dangereuse;
- g) Une blessure ou une maladie résultant du service dans les forces armées.

Aucune somme n'est payable en vertu de la présente garantie si :

- a) Le voyage a été entrepris dans le but de recevoir des soins médicaux, paramédicaux ou des services hospitaliers;
- b) Le voyage a été entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou ayant subi une blessure, et que la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne constitue la cause de la modification de la date prévue du retour de la personne assurée;
- c) Le voyage a été entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou ayant subi une blessure, et que la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne constitue la cause de l'annulation du voyage de la personne assurée.

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

- a) Lorsqu'un événement mentionné à l'article Risques assurés survient avant la date du départ, la personne assurée doit contacter l'agence de voyage ou le transporteur, selon le cas, dans les 48 heures qui suivent l'événement afin d'annuler son voyage et en aviser l'assureur dans le même délai.
- b) Pour appuyer une demande de prestations, la personne assurée doit fournir l'une ou plusieurs des pièces justificatives suivantes, selon le cas :
 - i) Les originaux des billets de transport non utilisés;
 - ii) Les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
 - iii) Les reçus pour les frais d'arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats établis officiellement par l'intermédiaire de voyage ou d'une compagnie accréditée et faire mention des montants non remboursables en cas d'annulation;
 - iv) Un document officiel attestant qu'un risque assuré fut en fait la cause de l'annulation. Si l'annulation est due à des raisons médicales, la personne assurée doit fournir un certificat médical délivré par le médecin traitant dûment qualifié et exerçant dans la localité où la maladie ou la blessure est survenue et la surveillance médicale doit avoir commencé avant la date prévue de départ ou de retour du voyage de la personne assurée, selon le cas, ou le jour même. Le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité d'annuler, de retarder ou d'interrompre le voyage;
 - v) Un rapport de police en cas d'accident de la route.

ASSURANCE-MÉDICAMENTS

Sont couverts les médicaments ne pouvant être obtenus que sur ordonnance seulement, porteurs d'un DIN (*Drug Identification Number*) valide émis par le

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

gouvernement fédéral, prescrits par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire, disponibles exclusivement en pharmacie et vendus par un pharmacien.

Les médicaments visés par la présente clause sont ceux inscrits au fichier de l'AQPP (Association québécoise des pharmaciens propriétaires), édition courante, et dont l'utilisation est conforme aux indications approuvées par les autorités gouvernementales ou, à défaut, aux indications données par le fabricant.

Les médicaments visant le traitement de l'obésité (*Sanorex, Ionamin, Tenuate Dospan, Meridia et Xénical*) sont remboursés à la condition d'obtenir la recommandation du médecin traitant, la taille, le poids et l'indice de masse corporelle de la personne assurée ainsi que le diagnostic d'une maladie spécifique à l'obésité de cette personne.

Dans le cas de médicaments injectés en cabinet privé d'un professionnel de la santé, seule la substance injectée est couverte et non l'acte médical. Sont également couverts par la présente garantie les stérilets prescrits par un médecin.

La présente garantie ne couvre pas les produits suivants, qu'ils soient considérés ou non comme un médicament :

- a) produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques ou pour hygiène corporelle, notamment les produits servant à compenser la perte des cheveux;
- b) substances ou médicaments utilisés ou administrés à titre préventif;
- c) médicaments de nature expérimentale ou obtenus en vertu du programme fédéral de médicaments d'urgence;
- d) produits homéopathiques ou dits naturels;
- e) auxiliaires anti-tabagisme, sauf ceux spécifiquement couverts par le Régime général d'assurance-médicaments;
- f) suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation;
- g) écrans solaires;

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- h) médicaments servant à traiter l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro;
- i) hormones de croissance dont les caractéristiques diagnostiques ne permettent pas l'entrée dans le Régime général d'assurance-médicaments sur la base de critères d'inclusion prédéterminés;
- j) injections sclérosantes pour les personnes assurées de 65 ans et plus;
- k) médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital ou administrés à l'hôpital;
- l) médicaments servant à traiter la dysfonction érectile.

Ces exclusions s'appliquent sans avoir pour effet d'exclure un médicament ou un service pharmaceutique couvert par le Régime général d'assurance-médicaments.

La contribution du patient exigée pour une personne assurée couverte en vertu du Régime général d'assurance-médicaments par la Régie d'assurance maladie du Québec n'est pas couverte par la présente garantie.

Chambre d'hôpital au Canada

Coût quotidien de la chambre privée ou semi-privée en excédent des frais hospitaliers en salle ordinaire, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre privée lorsqu'une personne assurée est admise dans un hôpital au Canada et y reçoit effectivement un traitement curatif ou des soins relatifs à une grossesse, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

Ces frais ne nécessitent pas de recommandation médicale.

Injections sclérosantes (pour les personnes assurées de moins de 65 ans)

Substance injectée, fournie et administrée par un médecin pour le traitement des varices à des fins curatives mais non esthétiques, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire. L'acte médical n'est pas couvert.

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Physiothérapie

Les soins d'un physiothérapeute ou d'un technicien en réadaptation physique sous la surveillance d'un physiothérapeute reconnu ou d'un psychiatre.

Ces frais ne nécessitent pas de recommandation médicale.

Psychiatre, psychanalyste, psychologue, psychothérapeute, travailleur social, orthophoniste, audiologiste, ergothérapeute, ostéopathe et podiatre

Les frais d'honoraires paramédicaux sont couverts jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

Les frais d'honoraires paramédicaux d'un psychiatre, d'un psychanalyste, d'un psychologue, d'un psychothérapeute, d'un travailleur social, d'un ostéopathe et d'un podiatre ne nécessitent pas de recommandation médicale.

Soins infirmiers

Les soins privés prodigués à la personne assurée à l'extérieur de l'hôpital par un infirmier licencié ou un infirmier auxiliaire licencié, qui n'est pas parent avec elle ni ne réside ordinairement dans la même maison et dont la nécessité des soins est justifiée à la satisfaction de l'assureur, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

Chirurgien dentiste suite à un accident aux dents naturelles

Soins dentaires prescrits ou non par un médecin, pour lésions accidentelles aux dents naturelles survenues alors que la personne assurée est couverte par la présente garantie, à la condition que les soins soient reçus dans les 12 mois suivant la date de l'accident et soient rendus alors que la présente garantie est en vigueur.

Ces frais ne nécessitent pas de recommandation médicale.

Maison de convalescence

Coût quotidien pour chambre et pension lors d'un séjour, consécutif à une hospitalisation, dans une maison de convalescence située au Canada, détenant un permis d'opération émis par les autorités légales et sous la

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

surveillance 24 heures par jour d'un médecin ou d'un infirmier licencié. Pour s'assurer que les frais soient admissibles à un remboursement, il est recommandé d'obtenir l'autorisation préalable de l'assureur.

Les frais quotidiens sont admissibles jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

Maison de réadaptation

Coût quotidien pour chambre et pension lors d'un séjour dans une maison de réadaptation située au Canada, détenant un permis d'opération émis par les autorités légales. Pour s'assurer que les frais soient admissibles à un remboursement, il est recommandé d'obtenir l'autorisation de l'assureur.

Les frais quotidiens sont admissibles jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

Cure pour alcoolisme et toxicomanie

Lorsqu'une personne assurée est admise dans une clinique reconnue, spécialisée en réhabilitation pour alcooliques ou autres toxicomanes, et y reçoit effectivement un traitement curatif, l'assureur paie les frais engagés pour la chambre et la pension.

Les frais couverts sont ceux engagés dans une clinique où le traitement est sous le contrôle d'un médecin et sous la surveillance constante d'un infirmier licencié, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

Ambulance

Les frais de transport en ambulance d'une personne assurée en direction ou en provenance d'un hôpital, par un ambulancier licencié, y compris les traitements d'oxygénothérapie reçus durant ou immédiatement avant le transport.

Ces frais ne nécessitent pas de recommandation médicale.

Le transport par avion ou par train est également couvert, lorsqu'une partie du trajet doit s'effectuer par ce moyen, si la personne assurée est alitée et occupe l'équivalent de deux sièges.

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Radiographies et analyses de laboratoire

Les frais d'électrocardiogrammes, radiographies et analyses de laboratoire engagés à l'extérieur d'un hôpital. La résonance magnétique et la tomodensitométrie (*scan*), lorsque prescrits par un médecin, sont admissibles une fois par année civile (pour chacun de ces soins).

Frais de location

Les frais de location de béquilles, de fauteuil roulant, d'appareils d'assistance respiratoire et de lit d'hôpital régulier pour combler un besoin temporaire seulement.

Prothèses

Les frais d'achat, d'ajustement, de remplacement et de réparation de prothèses externes et de membres artificiels lorsque l'invalidité causant la perte du membre naturel (amputation) est survenue alors que l'assurance était en vigueur. Les prothèses dentaires, les prothèses capillaires, les appareils auditifs, les lunettes, les lentilles cornéennes sont exclus à moins d'être spécifiquement couverts par la présente garantie.

Les frais sont limités au maximum indiqué au Tableau sommaire.

Appareils orthopédiques

(Orthèses, bandages herniaires, corsets, attelles, béquilles, plâtres, articles pour grands brûlés, à l'exclusion des chaussures orthopédiques)

Achat, ajustement, remplacement ou réparation. Les orthèses du pied doivent être obtenues d'un laboratoire spécialisé en orthèse du pied détenteur d'un permis émis par les autorités légales et les frais couverts sont limités aux montants prévus à la liste de prix de l'Association nationale des orthésistes du pied.

Lunettes et lentilles cornéennes

Les frais d'achat de lunettes et lentilles cornéennes à la suite d'une opération de la cataracte, pour les personnes assurées âgées de moins de 65 ans, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Appareils thérapeutiques

Location d'appareils thérapeutiques ou achat, si ce dernier mode est jugé plus économique par l'assureur. Les appareils de contrôle tels que réflectomètre, stéthoscope, sphygmomanomètre ou autres appareils de même nature sont exclus ainsi que les accessoires domestiques tels que bain tourbillon, purificateur d'air, humidificateur, climatiseur, neurostimulateur transcutané ou autres appareils de même nature.

Les frais sont limités au maximum indiqué au Tableau sommaire.

Prothèses mammaires

Les frais d'achat de prothèses mammaires à la suite d'une mastectomie. Les frais sont combinés avec les *Appareils thérapeutiques* de la présente garantie et sont limités au maximum indiqué au Tableau sommaire.

Soutiens-gorge chirurgicaux

Les frais d'achat de soutiens-gorge chirurgicaux à la suite d'une mastectomie. Ces frais sont limités au maximum indiqué au Tableau sommaire.

Appareils auditifs

Les frais d'achat, d'ajustement, de remplacement ou de réparation de prothèses auditives obtenues auprès d'un audioprothésiste autorisé par la loi, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

Réflectomètre

Les frais d'achat d'un appareil mesurant le taux de glucose sanguin, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

Bas de contention

Achat de bas de contention à compression de 20 mm de HG ou plus, obtenus dans une pharmacie ou dans un établissement de santé, dans le cas d'insuffisance du système veineux ou lymphatique, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Chirurgie esthétique

Les frais de chirurgie esthétique suite à un accident survenu alors que la personne assurée était couverte en vertu de la présente garantie, à la condition que les traitements débutent dans les 12 mois suivant la date de l'accident et se terminent dans les 36 mois suivant cette date, et jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

Chaussures orthopédiques

Achat, ajustement, remplacement ou réparation de chaussures conçues et fabriquées sur mesure pour la personne assurée à partir d'un moulage; ou chaussures préfabriquées de type ouvert, évasé, droit ou nécessaire au maintien des attelles dites de Dennis Browne lorsque ces chaussures sont requises pour corriger un défaut du pied et qu'elles sont obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur d'un permis émis par les autorités légales. Sont également couverts les frais pour des corrections apportées par un tel laboratoire à des chaussures préfabriquées.

Les chaussures profondes et les sandales ne sont pas couvertes par la présente garantie.

Prothèses capillaires

Les frais d'achat d'une prothèse capillaire initiale devenue nécessaire à la suite de chimiothérapie, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

Échographies

Les frais d'échographies effectuées à l'extérieur d'un hôpital, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

Neurostimulateur transcutané

Les frais d'achat, de location, d'ajustement, de remplacement ou de réparation, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

EXCLUSIONS

- a) les frais effectivement payés en vertu d'une loi sociale, de toute loi concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles, les soins ou les services rendus dans des cliniques municipales, provinciales ou fédérales ainsi que les frais engagés pour des fins esthétiques ou pour des maladies dont le traitement est habituellement à la charge d'organismes publics;
- b) les services, fournitures, examens ou soins qui sont exigés par un tiers ou reçus collectivement;
- c) les frais en rapport avec une insurrection, une émeute, une guerre ou avec des blessures que la personne assurée s'est volontairement infligées;
- d) les services ou fournitures qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées;
- e) les frais que la personne assurée n'aurait pas eu à assumer si elle n'avait pas été assurée;
- f) la partie des frais excédant les frais raisonnables et coutumiers pour la région où ils ont été engagés;
- g) les frais engagés pour des soins infirmiers particuliers ou pour des traitements rendus par un professionnel de la santé qui est soit la personne assurée elle-même, soit une personne résidant au domicile de la personne assurée, soit un membre de la famille immédiate de la personne assurée;

Ces exclusions s'appliquent sans avoir pour effet d'exclure un médicament ou un service pharmaceutique couvert par les dispositions de la Loi sur l'assurance-médicaments.

DROIT DE TRANSFORMATION

Le droit de transformation permet au participant ou à ses personnes à charge d'obtenir, sans preuve d'assurabilité, par un contrat distinct, une protection d'assurance maladie aux taux et conditions fixés par l'assureur et alors en vigueur pour ce genre de protection à condition d'en faire la demande écrite

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

au siège social de l'assureur dans les 31 jours suivant l'un de ces événements :

- a) Le participant cesse d'être admissible à la présente assurance avant la terminaison de la police collective. Le droit de transformation peut alors être exercé par le participant pour lui-même et pour ses personnes à charge, s'il y a lieu;
- b) Une personne à charge cesse d'être une personne à charge au sens de la police collective;
- c) Le participant décède.

PROTECTIONS MULTIPLES

En aucun cas, l'assureur n'accorde, en tout, plus que les frais réellement engagés, lorsqu'une personne assurée est protégée par une ou plusieurs polices émises par l'assureur. Lorsque des frais font l'objet d'un remboursement en vertu de contrats émis par plusieurs compagnies d'assurance, le remboursement de l'assureur n'excède pas les frais engagés réduits des montants payables en vertu de l'ensemble des autres contrats d'assurance.

Le participant déjà protégé par un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires ou qui est âgé de 65 ans ou plus peut s'exempter de participer au régime A par un avis écrit à cet effet transmis à l'administrateur.

Relativement à la garantie d'assurance médicaments, tout participant âgé de 65 ans ou plus admissible à l'assurance peut exercer l'une des options suivantes :

- a) S'assurer entièrement dans le régime A en assumant la prime additionnelle requise pour l'assurance médicaments. Le participant qui opte pour le maintien de l'assurance médicaments auprès de l'assureur peut, en tout temps, revoir ce choix et s'inscrire à la RAMQ.

ou

- b) S'assurer auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour l'assurance médicaments et conserver le régime A pour

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

les autres garanties d'assurance maladie. La décision du participant de s'assurer pour les médicaments auprès de la RAMQ est irrévocable.

À moins d'indication contraire, l'assureur assume que le participant qui atteint l'âge de 65 ans opte pour une inscription à la RAMQ.

Un participant exempté de participer à la garantie Assurance maladie complémentaire ne peut participer à la garantie Assurance soins dentaires.

RÉGIME B – ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

Lors du décès du participant, l'assureur s'engage à payer le montant d'assurance vie alors en vigueur indiqué au Tableau sommaire, sous réserve des modalités et des conditions énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

DROIT DE TRANSFORMATION

Lorsqu'un participant cesse d'être admissible à la présente garantie du fait de la cessation de sa participation au présent régime ou de son appartenance au groupe, il a le droit, s'il en fait la demande par écrit au siège social de l'assureur dans les 31 jours suivant la terminaison de son assurance, de transformer, sans preuves d'assurabilité, la totalité ou une partie de son montant d'assurance vie en une police individuelle d'assurance de type «Vie entière» ou «Temporaire à 65 ans» dont la prime de première année d'assurance est égale à celle d'une assurance temporaire d'un an.

Si un participant meurt au cours de la période de 31 jours pendant laquelle il aurait pu exercer son droit de transformation, le montant d'assurance vie que le participant aurait ainsi été en droit de se faire établir est payable en vertu de la présente garantie, que la proposition pour la police individuelle ait été complétée ou non.

Le montant d'assurance vie transformée est égal ou inférieur au montant d'assurance vie que lui accorde la présente garantie réduit du montant d'assurance vie prévu dans un autre contrat collectif auquel le participant est devenu admissible au moment d'exercer son droit de transformation; le montant d'assurance vie transformée ne peut excéder 200 000 \$ si le participant est âgé de moins de 65 ans à la date d'entrée en vigueur de la police individuelle et 25 000 \$ s'il est âgé de 65 ans ou plus à cette même date.

La police individuelle résultant de l'exercice du droit de transformation ne comporte pas d'exonération de primes et la prime en est calculée suivant les taux alors en vigueur d'après l'âge et le sexe du participant lors de la transformation, compte tenu de son occupation et de sa résidence. Lorsque le participant est déjà assujéti à une surprime en vertu de la présente garantie, l'assureur augmente la prime pour l'assurance individuelle d'une façon similaire. La première prime doit être reçue dans les 31 jours suivant la terminaison de l'assurance du participant et l'assurance individuelle entre en vigueur à la fin de cette période de 31 jours.

RÉGIME B – ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT (suite)

Un participant dont la protection est prolongée en raison d'une invalidité et qui a atteint l'âge de 70 ans peut se prévaloir du droit de transformation au cours de la période de 31 jours qui suit la date à laquelle il atteint l'âge de 70 ans.

Limitations

Lorsque la cessation de l'admissibilité à l'assurance est due à la terminaison ou à une modification de la police collective et que la police n'est pas remplacée, seul le participant ayant été protégé par la présente garantie pendant une période continue de 5 ans peut se prévaloir du droit de transformation en en faisant la demande au cours de la période de 31 jours qui suit la terminaison de la police collective. Si la police collective terminée est remplacée par une autre police dans un délai de 180 jours, les polices individuelles émises se terminent lorsque le participant devient admissible à la nouvelle police.

Le participant qui cesse d'être admissible à la présente garantie du fait qu'il s'engage dans les forces actives de l'armée de n'importe quel pays ne peut exercer le droit de transformation.

Le participant qui a déjà exercé le droit de transformation en vertu de la police collective peut transformer la différence entre le montant qu'il a droit de transformer en vertu de la présente garantie et le montant d'assurance vie individuelle provenant de tout exercice antérieur du droit de transformation.

CONDITIONS PRÉEXISTANTES

La présente garantie ne couvre aucune invalidité et ne verse aucune prestation due à un accident ou une maladie survenus avant la date d'entrée en vigueur de la protection accordée sans preuve d'assurabilité et ayant nécessité des traitements ou des soins médicaux au cours des 6 mois précédant cette date.

La présente disposition est sans effet lorsque le participant a été protégé par la présente garantie de façon continue et n'est pas devenu invalide par suite de ces causes pendant les 12 mois suivant la date d'entrée en vigueur de sa protection.

RÉGIME B – ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT (suite)

RESTRICTION – SUICIDE

Si un participant se donne la mort, qu'il soit sain d'esprit ou non, alors qu'il est couvert depuis moins de 12 mois par la protection d'assurance vie ou la protection antérieure d'assurance vie qui a été remplacée par la présente, l'assureur rembourse les primes perçues pour ce participant relativement à la protection d'assurance vie en lieu et place du montant d'assurance vie.

Si un participant augmente son montant d'assurance vie, la période précitée de 12 mois court à nouveau à compter de la date à laquelle le montant additionnel d'assurance vie est mis en vigueur et ce, pour le montant additionnel seulement.

RÈGLEMENT PARTIEL ANTICIPÉ

Si un participant est invalide et que son espérance de vie est inférieure à 12 mois, il peut obtenir le versement d'une partie du montant d'assurance vie payable à son décès. La demande doit faire l'objet d'une acceptation par l'assureur. Pour ce faire, le participant doit remplir les conditions suivantes :

- a) avoir fait une demande écrite à cet effet à l'assureur;
- b) être exonéré de ses primes d'assurance vie;
- c) fournir des preuves démontrant que son espérance de vie est inférieure à 12 mois au moment de la demande; et,
- d) si le bénéficiaire de l'assurance est désigné comme irrévocable, obtenir le consentement du bénéficiaire de l'assurance.

Le paiement correspond à 50 % du montant d'assurance vie pour lequel le participant est couvert mais ne peut dépasser 50 000 \$. Le montant versé tient immédiatement compte de toute réduction de protection devant survenir au cours des 24 mois suivant la date de la demande.

Au décès du participant, le montant qui sera payable au bénéficiaire de l'assurance vie correspondra au montant d'assurance vie réduit du montant du paiement anticipé auquel on aura ajouté l'intérêt.

RÉGIME C – ASSURANCE VIE DU CONJOINT

Lors du décès du conjoint du participant, couvert par la présente garantie, l'assureur s'engage à payer au participant le montant d'assurance vie alors en vigueur indiqué au Tableau sommaire, sous réserve des modalités et des conditions énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

DROIT DE TRANSFORMATION

Lorsque le conjoint cesse d'être admissible à la présente garantie du fait qu'il cesse de répondre à la définition de conjoint, ou par suite du décès ou de la cessation d'appartenance au groupe du participant, le participant (ou le conjoint, dans le cas du décès du participant) a le droit, s'il en fait la demande par écrit au siège social de l'assureur dans les 31 jours suivant la terminaison de l'assurance, de transformer, sans preuve d'assurabilité, la totalité ou une partie du montant d'assurance vie de son conjoint en une police individuelle d'assurance de type «Vie entière» ou «Temporaire à 65 ans» dont la prime de première année d'assurance est égale à celle d'une assurance temporaire d'un an.

Si le conjoint meurt au cours de la période de 31 jours pendant laquelle le participant aurait été en droit d'exercer son droit de transformation, le montant d'assurance vie auquel il aurait eu droit est payable en vertu de la police collective sans toutefois excéder le montant pour lequel le conjoint est protégé en vertu de la présente garantie, que la proposition pour la police individuelle ait été complétée ou non.

Le montant d'assurance vie transformée est égal ou inférieur au montant d'assurance vie accordé au conjoint en vertu de la présente garantie réduit du montant d'assurance vie prévu pour le conjoint dans un autre contrat collectif auquel le participant est devenu admissible au moment d'exercer le droit de transformation.

Dans le cas où le conjoint cesse d'être admissible comme conjoint, le montant pouvant être transformé est égal ou inférieur au montant alors en vigueur au moment de la terminaison de sa protection. Le montant d'assurance vie transformée ne peut excéder 25 000 \$ si le participant est âgé de 65 ans ou plus à cette même date.

La police individuelle résultant de l'exercice du droit de transformation ne comporte pas d'exonération des primes et la prime en est calculée suivant les taux alors en vigueur d'après l'âge et le sexe du conjoint lors de la transformation, compte tenu de son occupation et de sa résidence. Lorsque le conjoint est

RÉGIME C – ASSURANCE VIE DU CONJOINT (suite)

déjà assujetti à une surprime en vertu de la présente garantie, l'assureur augmente la prime pour l'assurance individuelle d'une façon similaire. La première prime doit être reçue dans les 31 jours suivant la terminaison de l'assurance et l'assurance individuelle entre en vigueur à la fin de cette période de 31 jours.

Limitations

Lorsque la cessation de l'admissibilité à l'assurance est due à la terminaison ou à une modification de la police collective et que cette police n'est pas remplacée, seul le conjoint ayant été protégé par la présente garantie pendant une période continue de 5 ans peut se prévaloir du droit de transformation si le participant en fait la demande au cours de la période de 31 jours qui suit la terminaison de la police collective. Si la police terminée est remplacée par une autre police dans un délai de 180 jours, les polices individuelles émises se terminent lorsque le conjoint devient admissible à la nouvelle police collective.

Le conjoint qui s'engage dans les forces armées de n'importe quel pays ne peut exercer le droit de transformation.

Le conjoint pour lequel le participant a déjà exercé le droit de transformation en vertu de la police collective peut transformer la différence entre le montant qu'il a droit de transformer en vertu de la présente garantie et le montant d'assurance vie individuelle provenant de tout exercice antérieur du droit de transformation.

RESTRICTION – SUICIDE

Si le conjoint se donne la mort, qu'il soit sain d'esprit ou non, alors qu'il est couvert depuis moins de 12 mois par la présente garantie ou une garantie antérieure qui a été remplacée par la présente, l'assureur rembourse les primes perçues relativement à la protection d'assurance vie en lieu et place du montant d'assurance vie.

Si le montant d'assurance vie du conjoint est augmenté, la période précitée de 12 mois court à nouveau à compter de la date à laquelle le montant additionnel d'assurance vie est mis en vigueur et ce, pour le montant additionnel seulement.

RÉGIME D – ASSURANCE VIE DES ENFANTS ET ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DES ENFANTS

ASSURANCE VIE DES ENFANTS

Lors du décès d'un enfant à charge âgé d'au moins 24 heures et couvert par la présente garantie, l'assureur s'engage à payer au participant le montant d'assurance vie alors en vigueur indiqué au Tableau sommaire, sous réserve des modalités et des conditions énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

DROIT DE TRANSFORMATION

Lorsqu'un enfant à charge cesse d'être admissible à la présente garantie du fait qu'il cesse de répondre à la définition d'enfant à charge par suite du décès ou de la cessation d'emploi ou d'appartenance au groupe du participant, le participant (ou l'enfant à charge, dans le cas du décès du participant) a le droit, s'il en fait la demande par écrit au siège social de l'assureur dans les 31 jours suivant la terminaison de l'assurance, de transformer, sans preuve d'assurabilité, la totalité ou une partie de son montant d'assurance vie en une police individuelle d'assurance «Vie entière» ou «Temporaire à 65 ans» dont la prime de première année d'assurance est égale à celle d'une assurance temporaire d'un an.

Si un enfant à charge assuré meurt au cours de la période de 31 jours pendant laquelle le participant aurait été en droit d'exercer son droit de transformation, le montant d'assurance vie auquel il aurait eu droit est payable en vertu de la police collective sans toutefois excéder le montant pour lequel l'enfant à charge est protégé en vertu de la présente garantie, que la proposition pour la police individuelle ait été complétée ou non.

Le montant d'assurance vie transformé est égal ou inférieur au montant d'assurance vie accordé à l'enfant à charge assuré en vertu de la présente garantie réduit du montant d'assurance vie prévue pour cet enfant à charge assuré dans un autre contrat collectif auquel le participant est devenu admissible au moment d'exercer le droit de transformation.

RÉGIME D – ASSURANCE VIE DES ENFANTS ET ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DES ENFANTS (suite)

Dans le cas où un enfant à charge assuré cesse d'être admissible comme enfant à charge, le montant pouvant être transformé est égal ou inférieur au montant d'assurance vie de l'enfant à charge assuré en vigueur au moment de la terminaison de sa protection.

La police individuelle résultant de l'exercice du droit de transformation ne comporte pas d'exonération des primes et la prime en est calculée suivant les taux alors en vigueur d'après l'âge et le sexe de l'enfant à charge assuré lors de la transformation, compte tenu de son occupation et de sa résidence. Lorsqu'un enfant à charge assuré est déjà assujéti à une surprime en vertu de la présente garantie, l'assureur augmente la prime pour l'assurance individuelle d'une façon similaire. La première prime doit être reçue dans les 31 jours suivant la terminaison de l'assurance et l'assurance individuelle entre en vigueur à la fin de cette période de 31 jours.

Limitations

Lorsque la cessation de l'admissibilité de l'assurance est due à la terminaison ou à une modification de la police collective et que cette police n'est pas remplacée, seul l'enfant à charge assuré ayant été protégé par la présente garantie pendant une période continue de 5 ans peut se prévaloir du droit de transformation si le participant en fait la demande au cours de la période de 31 jours qui suit la terminaison de la police collective. Si la police terminée est remplacée par une autre police dans un délai de 180 jours, les polices individuelles émises se terminent lorsque l'enfant à charge assuré devient admissible à la nouvelle police collective.

L'enfant à charge assuré qui s'engage dans les forces armées de n'importe quel pays ne peut exercer le droit de transformation.

L'enfant à charge assuré pour lequel le participant a déjà exercé le droit de transformation en vertu de la police collective peut transformer la différence entre le montant qu'il a droit de transformer en vertu de la présente garantie et le montant d'assurance vie individuelle provenant de tout exercice antérieur du droit de transformation.

RÉGIME D – ASSURANCE VIE DES ENFANTS ET ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DES ENFANTS (suite)

ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DES ENFANTS

Advenant que l'enfant à charge subisse une perte décrite au *Tableau des montants d'assurance* de la présente garantie, l'assureur s'engage à verser le pourcentage du capital assuré correspondant à la perte subie, sous réserve des conditions et des modalités énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

Le capital assuré en vertu de la présente garantie sera versé comme indiqué au Tableau sommaire.

Le paiement sera fait à l'ordre du participant, sauf dans le cas où le participant aurait perdu la vie. Dans un tel cas, le paiement sera fait à l'ordre du bénéficiaire du participant.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Perte :

- a) relative à une main ou à un pied, la séparation complète au niveau ou au-dessus du poignet ou de l'articulation de la cheville mais au-dessous du coude ou de l'articulation du genou;
- b) relative à un bras ou à une jambe, la séparation complète au niveau ou au-dessus du coude ou de l'articulation du genou;
- c) relative à un pouce, la perte complète d'une phalange complète du pouce;
- d) relative à un doigt, la perte complète de deux phalanges entières du doigt;
- e) relative à un orteil, la perte complète d'une phalange entière du gros orteil et de toutes les phalanges des autres orteils;
- f) relative à un œil, la perte irrémédiable et complète de la vue d'un œil;

RÉGIME D – ASSURANCE VIE DES ENFANTS ET ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DES ENFANTS (suite)

- g) relative à la parole, la perte irrémédiable et complète de la faculté de prononcer des sons intelligibles; et
- h) relative à l'ouïe, la perte irrémédiable et complète de l'ouïe.

Perte de l'usage : la perte totale et irrécouvrable de l'usage si la perte est continue pendant une période de 12 mois consécutifs et que ladite perte de l'usage est réputée être permanente à la fin de la période en question.

Quadriplégie : la paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs.

Paraplégie : la paralysie totale des membres inférieurs.

Hémiplégie : la paralysie totale des membres supérieur et inférieur d'un côté du corps.

CONDITIONS

Des versements seront effectués dans les cas suivants :

- a) la perte résulte directement et uniquement d'un accident, sans égard à toute autre cause;
- b) la perte a été subie dans un délai de 365 jours suivant l'accident; et
- c) l'accident qui a occasionné la perte doit avoir eu lieu alors que le participant était couvert par la présente garantie.

RÉGIME D – ASSURANCE VIE DES ENFANTS ET ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DES ENFANTS (suite)

TABLEAU DES MONTANTS D'ASSURANCE

<u>Type</u>	<u>Pourcentage du capital assuré</u>
• Perte	
– de la vie; des deux mains; des deux pieds; d'une main et d'un pied; de la vue des deux yeux; d'une main et de la vue d'un oeil; d'un pied et de la vue d'un oeil; de l'ouïe des deux oreilles et de la parole	100 %
– d'un bras; d'une jambe	75 %
– d'une main; d'un pied; de la vue d'un oeil; de la parole; de l'ouïe des deux oreilles	66 2/3 %
– du pouce et de l'index d'une main; de quatre doigts d'une main; de tous les orteils d'un pied	33 1/3 %
– de l'ouïe d'une oreille	25 %
• Perte de l'usage	
– des deux mains; des deux pieds	100 %
– d'un bras; d'une jambe	75 %
– d'une main; d'un pied	66 2/3 %
– quadriplégie, paraplégie, hémiplégie	200 %

EXPOSITION ET DISPARITION

Si un enfant à charge est inévitablement exposé aux éléments en raison d'un accident couvert en vertu de la présente garantie, et si par suite d'une telle exposition, il subit une perte pour laquelle des prestations sont autrement payables dans la présente garantie, la perte en question sera payable en vertu de la présente garantie.

Si le corps d'un enfant à charge n'est pas retrouvé un an après l'accident qui a occasionné la disparition ou le naufrage du moyen de transport dans lequel l'enfant à charge se déplaçait au moment de l'accident et qui est survenu dans des circonstances qui seraient autrement couvertes par la présente garantie, l'enfant à charge sera réputé avoir subi une perte de la vie pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie, à moins de preuve du contraire.

RÉGIME D – ASSURANCE VIE DES ENFANTS ET ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DES ENFANTS (suite)

TRANSPORT ET HÉBERGEMENT DE LA FAMILLE

Advenant l'hospitalisation d'un enfant à charge alors qu'il est assuré en vertu de la présente garantie et que cette hospitalisation résulte d'une perte pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie, le participant peut faire la demande de prestations supplémentaires par écrit auprès de l'assureur, jusqu'à concurrence de 2 000 \$, pour couvrir les dépenses réelles relatives à l'hébergement et au transport engagées par les membres de la famille immédiate de l'enfant à charge lui rendant visite à condition que :

- a) Les dépenses d'hébergement et de transport soient occasionnées uniquement par la visite faite à l'enfant à charge;
- b) Le transport ait été effectué par le chemin le plus direct à destination de l'hôpital;
- c) L'hôpital soit situé à au moins 150 kilomètres du lieu de résidence habituel de l'enfant à charge;
- d) L'enfant à charge soit sous les soins réguliers d'un médecin ou d'un chirurgien autorisé, autre que lui-même;
- e) Le médecin traitant ou le chirurgien puisse confirmer que la visite effectuée par un membre de la famille soit salutaire à l'enfant à charge;
- f) Les dépenses d'hébergement et de transport soient réputées être nécessaires et raisonnables par l'assureur.

Si le transport à l'hôpital s'effectue dans un véhicule ou un moyen de transport autre qu'un véhicule autorisé à transporter des passagers moyennant paiement, le remboursement des dépenses de transport est limité à un maximum de 0,20 \$ du kilomètre.

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

- ♦ **Soins réguliers** : observation et traitement dans la mesure nécessaire prescrite par les normes existantes de la médecine pour traiter l'état nécessitant ladite hospitalisation.

RÉGIME D – ASSURANCE VIE DES ENFANTS ET ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DES ENFANTS (suite)

- ♦ **Famille immédiate** : une personne d'au moins 18 ans, dont la relation avec l'enfant à charge en est une de conjoint, fils, fille, père, mère, frère, sœur, gendre, bru, beau-père, belle-mère, beau-frère ou belle-sœur.

Si des prestations de Transport et hébergement sont prévues en vertu de toute autre disposition de la police collective, elles doivent être versées en vertu d'une seule des dispositions.

RAPATRIEMENT

Si un enfant à charge, pendant qu'il est assuré en vertu de la présente garantie, subit une perte de la vie par suite d'un accident alors qu'il est à l'extérieur de sa province de résidence, et que des prestations sont payables pour cette perte en vertu de la présente garantie, l'assureur remboursera les dépenses réelles engagées jusqu'à concurrence de 10 000 \$ pour :

- a) la préparation de la dépouille mortelle de l'enfant à charge en vue du transport; et
- b) le transport de la dépouille mortelle de l'enfant à charge à son premier lieu de repos (y compris un salon funéraire sans toutefois s'y limiter) à proximité de son lieu de résidence habituel.

La personne ayant engagé les dépenses relatives à la préparation et au transport de la dépouille mortelle de l'enfant à charge est remboursée pourvu que ladite personne fournisse une preuve, à la satisfaction de l'assureur, qu'elle a bel et bien engagé lesdites dépenses.

Si des prestations de Rapatriement sont prévues en vertu de toute autre disposition de la police collective, elles doivent être versées en vertu d'une seule des dispositions.

TRANSFORMATIONS DU DOMICILE ET DU VÉHICULE

Advenant qu'un enfant à charge, alors qu'il est assuré en vertu de la présente garantie, subisse une perte pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie et qu'en raison de cette perte l'enfant à charge doive utiliser un fauteuil roulant pour se déplacer, le participant peut faire la

RÉGIME D – ASSURANCE VIE DES ENFANTS ET ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DES ENFANTS (suite)

demande de prestations supplémentaires par écrit auprès de l'assureur, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, pour couvrir les dépenses engagées à l'égard de ce qui suit :

- a) Le coût d'une seule série de transformations de la résidence principale de l'enfant à charge pour que ladite résidence soit adaptée de manière à être accessible et habitable en fauteuil roulant; et
- b) Le coût d'une seule série de transformations du véhicule à moteur utilisé par l'enfant à charge de manière à ce qu'il soit accessible par fauteuil roulant ou que l'enfant à charge puisse le conduire lui-même.

Les prestations sont payables pourvu que :

- a) Les dépenses afférentes aux transformations de la résidence de l'enfant à charge ou de son véhicule à moteur soient jugées raisonnables et nécessaires par l'assureur;
- b) Les dépenses soient engagées dans les 365 jours qui suivent l'accident ayant entraîné la perte;
- c) Les transformations du domicile soient effectuées par une ou par des personnes expérimentées dans ce genre de transformations et soient recommandées, par écrit, par un organisme reconnu qui fournit du soutien aux usagers de fauteuils roulants;
- d) Les transformations du véhicule à moteur soient effectuées par une ou par des personnes expérimentées dans ce genre de transformations et soient approuvées par les autorités provinciales en matière d'octroi de permis.

CEINTURE DE SÉCURITÉ

Advenant qu'un enfant à charge, alors qu'il est assuré en vertu de la présente garantie, subisse une perte pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie et que ladite perte survienne alors qu'il conduisait un véhicule à moteur quelconque ou roulait à bord de ce véhicule, l'assureur paiera des prestations supplémentaires équivalentes à 10 % de son capital assuré, pourvu que :

RÉGIME D – ASSURANCE VIE DES ENFANTS ET ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DES ENFANTS (suite)

- a) Le conducteur du véhicule à moteur ait conduit prudemment au moment de l'accident;
- b) L'enfant à charge ait correctement bouclé sa ceinture de sécurité au moment de l'accident. Une preuve, jugée satisfaisante par l'assureur, selon laquelle l'enfant à charge portait sa ceinture de sécurité au moment de l'accident, doit être soumise à l'assureur au moment de présenter la demande de règlement; et
- c) Le conducteur du véhicule à moteur ait possédé un permis de conduire en règle permettant au conducteur de conduire le genre de véhicule à moteur utilisé.

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

- ♦ **Véhicule à moteur** : un véhicule à moteur privé pour passagers.
- ♦ **Ceinture de sécurité** : un système de retenue dans un véhicule à moteur privé pour passagers.

RESTRICTIONS

Le montant total payable pour toutes les pertes découlant de tout accident ne doit pas dépasser le montant d'assurance de l'enfant à charge tel qu'indiqué au Tableau sommaire de la présente garantie, sauf s'il s'agit d'hémiplégie, de quadriplégie ou de paraplégie.

Si, par suite d'un accident quelconque, un enfant à charge est victime de plus d'une perte selon le *Tableau des montants d'assurance* à l'égard d'un membre quelconque, le paiement sera versé uniquement en fonction de la perte visée par le montant le plus élevé.

INDEMNITÉ MAXIMALE GLOBALE POUR TOUTES LES PERTES SUBIES AU COURS D'UN MÊME ACCIDENT AÉRIEN

Nonobstant les prestations payables à chaque enfant à charge, l'indemnité maximale globale pour toutes les pertes couvertes subies par tous les enfants

RÉGIME D – ASSURANCE VIE DES ENFANTS ET ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DES ENFANTS (suite)

à charge par suite du même accident aérien ne doit pas dépasser 5 000 000 \$.

Advenant que l'indemnité maximale globale soit insuffisante pour couvrir le montant intégral stipulé pour chaque enfant à charge, le montant des prestations payables à l'égard de chaque enfant à charge sera proportionnel à l'indemnité maximale globale par rapport au montant total des prestations à payer sauf l'indemnité maximale globale.

EXCLUSIONS

Aucun montant n'est versé en vertu de la présente garantie si le décès ou la mutilation résulte directement ou indirectement :

- a) d'un suicide ou d'une tentative de suicide ou de toute blessure que l'enfant à charge s'inflige volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- b) d'un acte criminel que l'enfant à charge a commis ou tenté de commettre, ou de la provocation d'une agression;
- c) de toute agitation civile, insurrection ou guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;
- d) du service dans les forces armées ou auxiliaires de tout pays;
- e) d'un vol ou d'un voyage à bord d'un avion ou d'un aéronef, sauf si l'enfant à charge vole à titre de passager et n'est pas membre de l'équipage ou n'exerce pas une fonction quelconque à bord de l'aéronef ou se rapportant au vol, à condition (i) qu'un tel aéronef soit muni d'un certificat de navigabilité, (ii) qu'il soit piloté par une personne qui détient un permis de vol à jour et valide faisant foi de ses compétences de pilote et l'autorisant à piloter l'aéronef, et (iii) qu'il ne soit pas la propriété, qu'il ne soit pas exploité, nolisé ou loué par le titulaire de police ou par l'employeur du participant;

L'embarquement à bord d'un aéronef ou le débarquement d'un aéronef sont considérés comme faisant partie du vol.

- f) de la conduite d'un véhicule motorisé alors que l'enfant à charge avait un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise par la loi au moment de l'accident.

RÉGIME E – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT

Advenant que le participant subisse une perte décrite au *Tableau des montants d'assurance* de la présente garantie, l'assureur s'engage à verser le pourcentage du capital assuré correspondant à la perte subie, sous réserve des conditions et des modalités énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

Le capital assuré en vertu de la présente garantie sera versé comme indiqué au Tableau sommaire.

Le paiement sera fait à l'ordre du participant, sauf dans le cas où le participant aurait perdu la vie. Dans un tel cas, le paiement sera fait à l'ordre du bénéficiaire du participant.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Perte :

- a) relative à une main ou à un pied, la séparation complète au niveau ou au-dessus du poignet ou de l'articulation de la cheville mais au-dessous du coude ou de l'articulation du genou;
- b) relative à un bras ou à une jambe, la séparation complète au niveau ou au-dessus du coude ou de l'articulation du genou;
- c) relative à un pouce, la perte complète d'une phalange complète du pouce;
- d) relative à un doigt, la perte complète de deux phalanges entières du doigt;
- e) relative à un orteil, la perte complète d'une phalange entière du gros orteil et de toutes les phalanges des autres orteils;
- f) relative à un oeil, la perte irrémédiable et complète de la vue d'un oeil;
- g) relative à la parole, la perte irrémédiable et complète de la faculté de prononcer des sons intelligibles; et
- h) relative à l'ouïe, la perte irrémédiable et complète de l'ouïe.

RÉGIME E – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

Perte de l'usage : la perte totale et irrécouvrable de l'usage si la perte est continue pendant une période de 12 mois consécutifs et que ladite perte de l'usage est réputée être permanente à la fin de la période en question.

Quadriplégie : la paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs.

Paraplégie : la paralysie totale des membres inférieurs.

Hémiplégie : la paralysie totale des membres supérieur et inférieur d'un côté du corps.

CONDITIONS

Des versements seront effectués dans les cas suivants :

- a) la perte résulte directement et uniquement d'un accident, sans égard à toute autre cause;
- b) la perte a été subie dans un délai de 365 jours suivant l'accident; et
- c) l'accident qui a occasionné la perte doit avoir eu lieu alors que le participant était couvert par la présente garantie.

TABLEAU DES MONTANTS D'ASSURANCE

<u>Type</u>	<u>Pourcentage du capital assuré</u>
• Perte	
– de la vie; des deux mains; des deux pieds; d'une main et d'un pied; de la vue des deux yeux; d'une main et de la vue d'un oeil; d'un pied et de la vue d'un oeil; de l'ouïe des deux oreilles et de la parole	100 %
– d'un bras; d'une jambe	75 %
– d'une main; d'un pied; de la vue d'un oeil; de la parole; de l'ouïe des deux oreilles	66 2/3 %
– du pouce et de l'index d'une main; de quatre doigts d'une main; de tous les orteils d'un pied	33 1/3 %
– de l'ouïe d'une oreille	25 %

RÉGIME E – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

<u>Type</u>	<u>Pourcentage du capital assuré</u>
• Perte de l'usage	
– des deux mains; des deux pieds	100 %
– d'un bras; d'une jambe	75 %
– d'une main; d'un pied	66 2/3 %
– quadriplégie, paraplégie, hémiplegie	200 %

EXPOSITION ET DISPARITION

Si un participant est inévitablement exposé aux éléments en raison d'un accident couvert en vertu de la présente garantie, et si par suite d'une telle exposition, le participant subit une perte pour laquelle des prestations sont autrement payables dans la présente garantie, la perte en question sera payable en vertu de la présente garantie.

Si le corps d'un participant n'est pas retrouvé un an après l'accident qui a occasionné la disparition ou le naufrage du moyen de transport dans lequel le participant se déplaçait au moment de l'accident et qui est survenu dans des circonstances qui seraient autrement couvertes par la présente garantie, le participant sera réputé avoir subi une perte de la vie pour laquelle des prestations sont payables aux présentes, à moins de preuve du contraire.

RÉADAPTATION

Advenant que le participant subisse une perte pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie, le participant peut faire une demande de prestations supplémentaires par écrit auprès de l'assureur, jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 \$, pour couvrir les dépenses engagées dans le cadre d'un programme de réadaptation, à condition que :

- a) La perte entraîne l'incapacité du participant d'accomplir en grande partie toutes les tâches essentielles de son travail;
- b) La perte exige que le participant entreprenne une formation spéciale afin de pouvoir exercer une profession différente dans laquelle il ne se serait pas engagé autrement;
- c) Le programme de réadaptation soit approuvé à l'avance par l'assureur;

RÉGIME E – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

- d) Les dépenses relatives au programme de réadaptation soient bel et bien engagées dans les 3 ans qui suivent la date de l'accident ayant occasionné la perte en question;
- e) Les dépenses afférentes au programme de réadaptation soient réputées être nécessaires et raisonnables par l'assureur. Les frais habituels de subsistance (par exemple, la pension), de déplacement et d'habillement ne sont pas remboursés.

Si des prestations de réadaptation sont prévues en vertu de toute autre disposition de la police collective, elles doivent être versées en vertu d'une seule des dispositions.

FORMATION PROFESSIONNELLE

Le conjoint d'un participant qui a subi par suite d'un accident une perte de la vie pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie peut faire une demande de prestations par écrit auprès de l'assureur, jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 \$, pour couvrir les dépenses engagées dans le cadre d'un programme de formation professionnelle, à condition que :

- a) Le programme de formation professionnelle permette au conjoint d'exercer un emploi effectif qu'il n'aurait pu exercer autrement avant d'entreprendre ledit programme;
- b) Le programme de formation soit approuvé à l'avance par l'assureur;
- c) Les dépenses afférentes au programme de formation professionnelle soient bel et bien engagées dans les 3 ans qui suivent la date de l'accident du participant;
- d) Les dépenses relatives au programme de formation professionnelle soient réputées être nécessaires et raisonnables par l'assureur. Les frais habituels de subsistance (par exemple, la pension), de déplacement et d'habillement ne sont pas remboursés.

Advenant que le conjoint reçoive des prestations en vertu des présentes, il n'est pas admissible aux prestations payables par la garantie Éducation.

RÉGIME E – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

ÉDUCATION

La personne à charge d'un participant qui a subi par suite d'un accident une perte de la vie pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie peut faire une demande de prestations par écrit auprès de l'assureur pour couvrir les dépenses engagées pour la poursuite de ses études comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire, à condition que :

- a) Au moment du décès du participant, la personne à charge soit inscrite comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire, ou si elle est inscrite au niveau du secondaire au moment du décès du participant, qu'elle s'inscrive comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire dans les 365 jours qui suivent le décès du participant;
- b) Une preuve, à la satisfaction de l'assureur, selon laquelle la personne à charge est étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire, soit fournie à l'assureur sur demande.

Des prestations sont versées par l'assureur chaque année, pendant un maximum de 4 années consécutives. Le premier versement sera effectué à la dernière des éventualités suivantes à survenir : la date à laquelle les prestations afférentes à la perte de la vie à l'égard du participant sont payables en vertu de la présente garantie ou la date à laquelle l'assureur reçoit une preuve selon laquelle la personne à charge est inscrite comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire. Les prestations subséquentes sont versées pour chaque année scolaire successive à la date à laquelle l'assureur reçoit la preuve selon laquelle la personne à charge poursuit ses études à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire.

Le montant de chaque paiement équivaudra au moindre des montants suivants :

- a) Le montant réel des dépenses engagées par la personne à charge pour la poursuite de ses études; ou
- b) 5 000 \$.

RÉGIME E – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

Advenant que le conjoint reçoive des prestations en vertu des présentes, il n'est pas admissible aux prestations versées en vertu de la garantie Formation professionnelle.

TRANSPORT ET HÉBERGEMENT DE LA FAMILLE

Advenant l'hospitalisation d'un participant alors qu'il est assuré en vertu de la présente garantie et que cette hospitalisation résulte d'une perte pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie, le participant peut faire la demande de prestations supplémentaires par écrit auprès de l'assureur, jusqu'à concurrence de 2 000 \$, pour couvrir les dépenses réelles relatives à l'hébergement et au transport engagées par les membres de sa famille immédiate lui rendant visite à condition que :

- a) Les dépenses d'hébergement et de transport soient occasionnées uniquement par la visite faite au participant;
- b) Le transport ait été effectué par le chemin le plus direct à destination de l'hôpital;
- c) L'hôpital soit situé à au moins 150 kilomètres du lieu de résidence habituel du participant;
- d) Le participant soit sous les soins réguliers d'un médecin ou d'un chirurgien autorisé, autre que lui-même;
- e) Le médecin traitant ou le chirurgien puisse confirmer que la visite effectuée par un membre de la famille soit salubre au participant;
- f) Les dépenses d'hébergement et de transport soient réputées être nécessaires et raisonnables par l'assureur.

Si le transport à l'hôpital s'effectue dans un véhicule ou un moyen de transport autre qu'un véhicule autorisé à transporter des passagers moyennant paiement, le remboursement des dépenses de transport est limité à un maximum de 0,20 \$ du kilomètre.

RÉGIME E – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

- ♦ **Soins réguliers** : observation et traitement dans la mesure nécessaire prescrite par les normes existantes de la médecine pour traiter l'état nécessitant ladite hospitalisation.
- ♦ **Famille immédiate** : une personne d'au moins 18 ans, dont la relation avec le participant en est une de conjoint, fils, fille, père, mère, frère, sœur, gendre, bru, beau-père, belle-mère, beau-frère ou belle-sœur.

Si des prestations de Transport et hébergement sont prévues en vertu de toute autre disposition de la police collective, elles doivent être versées en vertu d'une seule des dispositions.

RAPATRIEMENT

Si un participant, pendant qu'il est assuré en vertu de la présente garantie, subit une perte de la vie par suite d'un accident alors qu'il est à l'extérieur de sa province de résidence, et que des prestations sont payables pour cette perte en vertu de la présente garantie, l'assureur remboursera les dépenses réelles engagées jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 \$ pour :

- a) la préparation de la dépouille mortelle du participant en vue du transport; et
- b) le transport de la dépouille mortelle du participant à son premier lieu de repos (y compris un salon funéraire sans toutefois s'y limiter) à proximité de son lieu de résidence habituel.

La personne ayant engagé les dépenses relatives à la préparation et au transport de la dépouille mortelle du participant est remboursée pourvu que ladite personne fournisse une preuve, à la satisfaction de l'assureur, qu'elle a bel et bien engagé lesdites dépenses.

Si des prestations de Rapatriement sont prévues en vertu de toute autre disposition de la police collective, elles doivent être versées en vertu d'une seule des dispositions.

RÉGIME E – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

TRANSFORMATIONS DU DOMICILE ET DU VÉHICULE

Advenant qu'un participant, alors qu'il est assuré en vertu de la présente garantie, subisse une perte pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie et qu'en raison de cette perte le participant doive utiliser un fauteuil roulant pour se déplacer, le participant peut faire la demande de prestations supplémentaires par écrit auprès de l'assureur, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, pour couvrir les dépenses engagées à l'égard de ce qui suit :

- a) Le coût d'une seule série de transformations de la résidence principale du participant pour que ladite résidence soit adaptée de manière à être accessible et habitable en fauteuil roulant; et
- b) Le coût d'une seule série de transformations du véhicule à moteur utilisé par le participant de manière à ce qu'il soit accessible par fauteuil roulant ou que le participant puisse le conduire lui-même.

Les prestations sont payables pourvu que :

- a) Les dépenses afférentes aux transformations de la résidence du participant ou de son véhicule à moteur soient jugées raisonnables et nécessaires par l'assureur;
- b) Les dépenses soient engagées dans les 365 jours qui suivent l'accident ayant entraîné la perte;
- c) Les transformations du domicile soient effectuées par une ou par des personnes expérimentées dans ce genre de transformations et soient recommandées, par écrit, par un organisme reconnu qui fournit du soutien aux usagers de fauteuils roulants;
- d) Les transformations du véhicule à moteur soient effectuées par une ou par des personnes expérimentées dans ce genre de transformations et soient approuvées par les autorités provinciales en matière d'octroi de permis.

CEINTURE DE SÉCURITÉ

Advenant qu'un participant, alors qu'il est assuré en vertu de la présente garantie, subisse une perte pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie et que ladite perte survienne alors qu'il conduisait

RÉGIME E – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

un véhicule à moteur quelconque ou roulait à bord de ce véhicule, l'assureur paiera des prestations supplémentaires équivalentes à 10 % de son capital assuré, pourvu que :

- a) Le conducteur du véhicule à moteur ait conduit prudemment au moment de l'accident;
- b) Le participant ait correctement bouclé sa ceinture de sécurité au moment de l'accident. Une preuve, jugée satisfaisante par l'assureur, selon laquelle le participant portait sa ceinture de sécurité au moment de l'accident, doit être soumise à l'assureur au moment de présenter la demande de règlement; et
- c) Le conducteur du véhicule à moteur ait possédé un permis de conduire en règle permettant au conducteur de conduire le genre de véhicule à moteur utilisé.

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

- ♦ **Véhicule à moteur** : un véhicule à moteur privé pour passagers.
- ♦ **Ceinture de sécurité** : un système de retenue dans un véhicule à moteur privé pour passagers.

GARDERIE

Si, par suite d'un accident, un participant subit une perte de la vie pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie, et que l'enfant à sa charge est inscrit dans une garderie à la date de son décès ou est inscrit dans une garderie dans les 365 jours qui suivent son décès, la personne qui agit à titre de père ou de mère peut faire une demande de prestations par écrit auprès de l'assureur, pour couvrir les dépenses nécessaires et raisonnables engagées par suite de ladite inscription de l'enfant à charge.

Les paiements seront effectués par l'assureur pour chaque année pendant laquelle l'enfant à charge est inscrit à une garderie, jusqu'à concurrence de ce qui suit, et ce, selon la première des éventualités ci-dessous à survenir :

- a) l'enfant à charge atteint l'âge de 12 ans; ou
- b) 4 paiements annuels ont été effectués.

RÉGIME E – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

Le premier paiement sera effectué à la dernière des éventualités suivantes à survenir : la date à laquelle les prestations de perte de la vie versées à l'égard du participant sont payables en vertu de la présente garantie ou la date à laquelle l'assureur reçoit une preuve selon laquelle l'enfant à charge est inscrit dans une garderie. Des paiements subséquents seront payables pour chaque année successive à la date à laquelle l'assureur reçoit une preuve selon laquelle l'enfant à charge est inscrit dans une garderie.

Le montant de chaque paiement équivaldra au moindre des montants suivants :

- a) Le montant réel demandé par la garderie à l'égard de l'enfant à charge; ou
- b) 5 000 \$.

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

- ♦ **Garderie** : un centre qui a été autorisé par le gouvernement provincial à fournir des services de garde pour enfants.

RESTRICTIONS

Le montant total payable pour toutes les pertes découlant de tout accident ne doit pas dépasser le montant d'assurance du participant tel qu'indiqué au Tableau sommaire de la présente garantie, sauf s'il s'agit d'hémiplégie, de quadriplégie ou de paraplégie.

Si un participant est victime de plus d'une perte selon le *Tableau des montants d'assurance* de la présente garantie, par suite d'un accident quelconque et à l'égard d'un membre quelconque, le paiement sera versé uniquement en fonction de la perte visée par le montant le plus élevé.

INDEMNITÉ MAXIMALE GLOBALE POUR TOUTES LES PERTES SUBIES AU COURS D'UN MÊME ACCIDENT AÉRIEN

Nonobstant les prestations payables à chaque participant, l'indemnité maximale globale pour toutes les pertes couvertes subies par tous les

RÉGIME E – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

participants par suite du même accident aérien ne doit pas dépasser 5 000 000 \$.

Advenant que l'indemnité maximale globale soit insuffisante pour couvrir le montant intégral stipulé pour chaque participant, le montant des prestations payables à l'égard de chaque participant sera proportionnel à l'indemnité maximale globale par rapport au montant total des prestations à payer sauf l'indemnité maximale globale.

EXCLUSIONS

Aucun montant n'est versé en vertu de la présente garantie si le décès ou la mutilation résulte directement ou indirectement :

- a) d'un suicide ou d'une tentative de suicide ou de toute blessure que le participant s'inflige volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- b) d'un acte criminel que le participant a commis ou tenté de commettre, ou de la provocation d'une agression;
- c) de toute agitation civile, insurrection ou guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;
- d) du service dans les forces armées ou auxiliaires de tout pays;
- e) d'un vol ou d'un voyage à bord d'un avion ou d'un aéronef, sauf si le participant vole à titre de passager et n'est pas membre de l'équipage ou n'exerce pas une fonction quelconque à bord de l'aéronef ou se rapportant au vol, à condition (i) qu'un tel aéronef soit muni d'un certificat de navigabilité, (ii) qu'il soit piloté par une personne qui détient un permis de vol à jour et valide faisant foi de ses compétences de pilote et l'autorisant à piloter l'aéronef, et (iii) qu'il ne soit pas la propriété, qu'il ne soit pas exploité, nolisé ou loué par le titulaire de police ou par l'employeur du participant.

L'embarquement à bord d'un aéronef ou le débarquement d'un aéronef sont considérés comme faisant partie du vol;
- f) de la conduite d'un véhicule motorisé alors que le participant avait un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise par la loi au moment de l'accident.

RÉGIME F – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU CONJOINT

Advenant que le conjoint subisse une perte décrite au *Tableau des montants d'assurance* de la présente garantie, l'assureur s'engage à verser le pourcentage du capital assuré correspondant à la perte subie, sous réserve des conditions et des modalités énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

Le capital assuré en vertu de la présente garantie sera versé comme indiqué au Tableau sommaire.

Le paiement sera fait à l'ordre du participant, sauf dans le cas où le participant aurait perdu la vie. Dans un tel cas, le paiement sera fait à l'ordre du bénéficiaire du participant.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Perte :

- a) relative à une main ou à un pied, la séparation complète au niveau ou au-dessus du poignet ou de l'articulation de la cheville mais au-dessous du coude ou de l'articulation du genou;
- b) relative à un bras ou à une jambe, la séparation complète au niveau ou au-dessus du coude ou de l'articulation du genou;
- c) relative à un pouce, la perte complète d'une phalange complète du pouce;
- d) relative à un doigt, la perte complète de deux phalanges entières du doigt;
- e) relative à un orteil, la perte complète d'une phalange entière du gros orteil et de toutes les phalanges des autres orteils;
- f) relative à un œil, la perte irrémédiable et complète de la vue d'un œil;
- g) relative à la parole, la perte irrémédiable et complète de la faculté de prononcer des sons intelligibles; et
- h) relative à l'ouïe, la perte irrémédiable et complète de l'ouïe.

RÉGIME F – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU CONJOINT (suite)

Perte de l'usage : la perte totale et irrécouvrable de l'usage si la perte est continue pendant une période de 12 mois consécutifs et que ladite perte de l'usage est réputée être permanente à la fin de la période en question.

Quadriplégie : la paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs.

Paraplégie : la paralysie totale des membres inférieurs.

Hémiplégie : la paralysie totale des membres supérieur et inférieur d'un côté du corps.

CONDITIONS

Des versements seront effectués dans les cas suivants :

- a) la perte résulte directement et uniquement d'un accident, sans égard à toute autre cause;
- b) la perte a été subie dans un délai de 365 jours suivant l'accident; et
- c) l'accident qui a occasionné la perte doit avoir eu lieu alors que le participant était couvert par la présente garantie.

RÉGIME F – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU CONJOINT (suite)

TABLEAU DES MONTANTS D'ASSURANCE

<u>Type</u>	<u>Pourcentage du capital assuré</u>
• Perte	
– de la vie; des deux mains; des deux pieds; d'une main et d'un pied; de la vue des deux yeux; d'une main et de la vue d'un oeil; d'un pied et de la vue d'un oeil; de l'ouïe des deux oreilles et de la parole	100 %
– d'un bras; d'une jambe	75 %
– d'une main; d'un pied; de la vue d'un oeil; de la parole; de l'ouïe des deux oreilles	66 2/3 %
– du pouce et de l'index d'une main; de quatre doigts d'une main; de tous les orteils d'un pied	33 1/3 %
– de l'ouïe d'une oreille	25 %
• Perte de l'usage	
– des deux mains; des deux pieds	100 %
– d'un bras; d'une jambe	75 %
– d'une main; d'un pied	66 2/3 %
– quadriplégie, paraplégie, hémiplegie	200 %

EXPOSITION ET DISPARITION

Si le conjoint est inévitablement exposé aux éléments en raison d'un accident couvert en vertu de la présente garantie, et si par suite d'une telle exposition, il subit une perte pour laquelle des prestations sont autrement payables dans la présente garantie, la perte en question sera payable en vertu de la présente garantie.

Si le corps du conjoint n'est pas retrouvé un an après l'accident qui a occasionné la disparition ou le naufrage du moyen de transport dans lequel le conjoint se déplaçait au moment de l'accident et qui est survenu dans des circonstances qui seraient autrement couvertes par la présente garantie, le conjoint sera réputé avoir subi une perte de la vie pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie, à moins de preuve du contraire.

RÉGIME F – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU CONJOINT (suite)

TRANSPORT ET HÉBERGEMENT DE LA FAMILLE

Advenant l'hospitalisation du conjoint alors qu'il est assuré en vertu de la présente garantie et que cette hospitalisation résulte d'une perte pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie, le participant peut faire la demande de prestations supplémentaires par écrit auprès de l'assureur, jusqu'à concurrence de 2 000 \$, pour couvrir les dépenses réelles relatives à l'hébergement et au transport engagées par les membres de la famille immédiate du conjoint lui rendant visite à condition que :

- a) Les dépenses d'hébergement et de transport soient occasionnées uniquement par la visite faite au conjoint;
- b) Le transport ait été effectué par le chemin le plus direct à destination de l'hôpital;
- c) L'hôpital soit situé à au moins 150 kilomètres du lieu de résidence habituel du conjoint;
- d) Le conjoint soit sous les soins réguliers d'un médecin ou d'un chirurgien autorisé, autre que lui-même;
- e) Le médecin traitant ou le chirurgien puisse confirmer que la visite effectuée par un membre de la famille soit salubre au conjoint;
- f) Les dépenses d'hébergement et de transport soient réputées être nécessaires et raisonnables par l'assureur.

Si le transport à l'hôpital s'effectue dans un véhicule ou un moyen de transport autre qu'un véhicule autorisé à transporter des passagers moyennant paiement, le remboursement des dépenses de transport est limité à un maximum de 0,20 \$ du kilomètre.

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

- ♦ **Soins réguliers** : observation et traitement dans la mesure nécessaire prescrite par les normes existantes de la médecine pour traiter l'état nécessitant ladite hospitalisation.
- ♦ **Famille immédiate** : une personne d'au moins 18 ans, dont la relation avec le conjoint en est une de fils, fille, père, mère, frère, sœur, gendre, bru, beau-père, belle-mère, beau-frère ou belle-sœur.

RÉGIME F – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU CONJOINT (suite)

Si des prestations de Transport et hébergement sont prévues en vertu de toute autre disposition de la police collective, elles doivent être versées en vertu d'une seule des dispositions.

RAPATRIEMENT

Si le conjoint, pendant qu'il est assuré en vertu de la présente garantie, subit une perte de la vie par suite d'un accident alors qu'il est à l'extérieur de sa province de résidence, et que des prestations sont payables pour cette perte en vertu de la présente garantie, l'assureur remboursera les dépenses réelles engagées jusqu'à concurrence de 10 000 \$ pour :

- a) la préparation de la dépouille mortelle du conjoint en vue du transport; et
- b) le transport de la dépouille mortelle du conjoint à son premier lieu de repos (y compris un salon funéraire sans toutefois s'y limiter) à proximité de son lieu de résidence habituel.

La personne ayant engagé les dépenses relatives à la préparation et au transport de la dépouille mortelle du conjoint est remboursée pourvu que ladite personne fournisse une preuve, à la satisfaction de l'assureur, qu'elle a bel et bien engagé lesdites dépenses.

Si des prestations de Rapatriement sont prévues en vertu de toute autre disposition de la police collective, elles doivent être versées en vertu d'une seule des dispositions.

TRANSFORMATIONS DU DOMICILE ET DU VÉHICULE

Advenant que le conjoint, alors qu'il est assuré en vertu de la présente garantie, subisse une perte pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie et qu'en raison de cette perte le conjoint doit utiliser un fauteuil roulant pour se déplacer, le participant peut faire la demande de prestations supplémentaires par écrit auprès de l'assureur, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, pour couvrir les dépenses engagées à l'égard de ce qui suit :

RÉGIME F – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU CONJOINT (suite)

- a) Le coût d'une seule série de transformations de la résidence principale du conjoint pour que ladite résidence soit adaptée de manière à être accessible et habitable en fauteuil roulant; et
- b) Le coût d'une seule série de transformations du véhicule à moteur utilisé par le conjoint de manière à ce qu'il soit accessible par fauteuil roulant ou que le conjoint puisse le conduire lui-même.

Les prestations sont payables pourvu que :

- a) Les dépenses afférentes aux transformations de la résidence du conjoint ou de son véhicule à moteur soient jugées raisonnables et nécessaires par l'assureur;
- b) Les dépenses soient engagées dans les 365 jours qui suivent l'accident ayant entraîné la perte;
- c) Les transformations du domicile soient effectuées par une ou par des personnes expérimentées dans ce genre de transformations et soient recommandées, par écrit, par un organisme reconnu qui fournit du soutien aux usagers de fauteuils roulants;
- d) Les transformations du véhicule à moteur soient effectuées par une ou par des personnes expérimentées dans ce genre de transformations et soient approuvées par les autorités provinciales en matière d'octroi de permis.

CEINTURE DE SÉCURITÉ

Advenant que le conjoint, alors qu'il est assuré en vertu de la présente garantie, subisse une perte pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie et que ladite perte survienne alors qu'il conduisait un véhicule à moteur quelconque ou roulait à bord de ce véhicule, l'assureur paiera des prestations supplémentaires équivalentes à 10 % de son capital assuré, pourvu que :

- a) Le conducteur du véhicule à moteur ait conduit prudemment au moment de l'accident;
- b) Le conjoint ait correctement bouclé sa ceinture de sécurité au moment de l'accident. Une preuve, jugée satisfaisante par l'assureur, selon

RÉGIME F – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU CONJOINT (suite)

laquelle le conjoint portait sa ceinture de sécurité au moment de l'accident, doit être soumise à l'assureur au moment de présenter la demande de règlement; et

- c) Le conducteur du véhicule à moteur ait possédé un permis de conduire en règle permettant au conducteur de conduire le genre de véhicule à moteur utilisé.

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

- ♦ **Véhicule à moteur** : un véhicule à moteur privé pour passagers.
- ♦ **Ceinture de sécurité** : un système de retenue dans un véhicule à moteur privé pour passagers.

RESTRICTIONS

Le montant total payable pour toutes les pertes découlant de tout accident ne doit pas dépasser le montant d'assurance du conjoint tel qu'indiqué au Tableau sommaire de la présente garantie, sauf s'il s'agit d'hémiplégie, de quadriplégie ou de paraplégie.

Si, par suite d'un accident quelconque, le conjoint est victime de plus d'une perte selon le *Tableau des montants d'assurance* à l'égard d'un membre quelconque, le paiement sera versé uniquement en fonction de la perte visée par le montant le plus élevé.

INDEMNITÉ MAXIMALE GLOBALE POUR TOUTES LES PERTES SUBIES AU COURS D'UN MÊME ACCIDENT AÉRIEN

Nonobstant les prestations payables à tous les conjoints assurés en vertu de la présente garantie, l'indemnité maximale globale pour toutes les pertes couvertes subies par suite du même accident aérien ne doit pas dépasser 5 000 000 \$.

Advenant que l'indemnité maximale globale soit insuffisante pour couvrir le montant intégral stipulé pour chaque conjoint assuré, le montant des prestations payables à l'égard de chaque conjoint assuré sera proportionnel à

RÉGIME F – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU CONJOINT (suite)

l'indemnité maximale globale par rapport au montant total des prestations à payer sauf l'indemnité maximale globale.

EXCLUSIONS

Aucun montant n'est versé en vertu de la présente garantie si le décès ou la mutilation résulte directement ou indirectement :

- a) d'un suicide ou d'une tentative de suicide ou de toute blessure que le conjoint s'inflige volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- b) d'un acte criminel que le conjoint a commis ou tenté de commettre, ou de la provocation d'une agression;
- c) de toute agitation civile, insurrection ou guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;
- d) du service dans les forces armées ou auxiliaires de tout pays;
- e) d'un vol ou d'un voyage à bord d'un avion ou d'un aéronef, sauf si le conjoint vole à titre de passager et n'est pas membre de l'équipage ou n'exerce pas une fonction quelconque à bord de l'aéronef ou se rapportant au vol, à condition (i) qu'un tel aéronef soit muni d'un certificat de navigabilité, (ii) qu'il soit piloté par une personne qui détient un permis de vol à jour et valide faisant foi de ses compétences de pilote et l'autorisant à piloter l'aéronef, et (iii) qu'il ne soit pas la propriété, qu'il ne soit pas exploité, nolisé ou loué par le titulaire de police ou par l'employeur du participant;
- f) L'embarquement à bord d'un aéronef ou le débarquement d'un aéronef sont considérés comme faisant partie du vol.
- g) de la conduite d'un véhicule motorisé alors que le conjoint avait un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise par la loi au moment de l'accident.

RÉGIME G – ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Conformément aux dispositions de la police collective, l'assureur s'engage à payer au participant atteint d'invalidité, à condition qu'il ait été assuré en vertu de la présente garantie au début de l'invalidité totale, des prestations basées sur le montant de protection détenu par le participant tel que déterminé à la date du début de la même période d'invalidité totale, à partir de la fin du délai de carence et pour la durée maximale prévue ci-après. Durant une même période d'invalidité, le montant de protection n'est pas modifié. Le délai de carence et la durée maximum s'appliquent par même période d'invalidité. Le premier versement est fait un mois après l'expiration du délai de carence et de mois en mois par la suite, tant que subsiste l'invalidité.

Le premier ou le dernier versement de l'assureur, pour une même période d'invalidité, est fractionné, le cas échéant, à raison de 1/30 par jour d'invalidité totale pour le mois au cours duquel les prestations de l'assureur débutent ou se terminent.

DÉFINITIONS

Dans la présente garantie, on entend par :

Délai de carence

Une période qui commence au début d'une même période d'invalidité et pendant laquelle aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie. Le participant peut opter pour les délais de carence indiqués au Tableau sommaire.

Revenu net

Les honoraires professionnels provenant de toutes sources et les autres rémunérations ou salaires, reçus pour services rendus pendant la période de référence moins les frais d'administration déductibles pour fins d'impôt. Le revenu net comprend entre autres les honoraires provenant de la Régie de l'assurance maladie du Québec, du ministère des Affaires sociales et de la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec, les salaires gagnés en tant qu'enseignant, chercheur ou administrateur ou tout autre montant reçu pour services professionnels ou à titre de rémunération de services reliés à la profession médicale.

RÉGIME G – ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

Dans le cas d'un médecin faisant partie d'une société, le revenu net comprend également la portion du bénéfice ou la perte avant impôt de la société provenant des activités professionnelles. Si une société compte plus d'un actionnaire, la portion du bénéfice net ou la perte nette provenant des activités professionnelles sera considéré au prorata de la responsabilité de l'actionnaire au sein de la société tel qu'établie selon la convention entre actionnaires.

N'est pas considéré dans le revenu net :

- a) tout revenu provenant d'une pension ou rente, d'un régime de participation différée aux profits ou d'un régime de compensation différée;
- b) tout revenu d'investissement, loyer, royalties;
- c) tout dividende.

Revenu net au début de l'invalidité

La moyenne du revenu annuel net des deux dernières années fiscales complètes précédant immédiatement le début de l'invalidité. Toutefois, si l'écart entre ces deux années est significatif (plus de 25 %) et que cette différence est due à un changement dans le mode ou le lieu de pratique, seul le revenu annuel net de la dernière année sera alors considéré.

Revenu net mensuel au début de l'invalidité

1/12 du revenu net au début de l'invalidité

Revenu net mensuel ajusté au début de l'invalidité

Le revenu net mensuel au début de l'invalidité sans toutefois excéder 12 000 \$ et ajusté annuellement selon les mêmes conditions que celles relatives à l'indexation des prestations prévues à la présente garantie.

Perte de revenu

La différence entre le revenu net mensuel ajusté au début de l'invalidité et le revenu net pour le mois courant.

RÉGIME G – ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

Rapport de perte de revenu

Le rapport entre la perte de revenu et le revenu net mensuel ajusté au début de l'invalidité.

Revenu net imposable au début de l'invalidité

Le revenu net au début de l'invalidité moins les déductions suivantes applicables à la dernière année fiscale complète précédant le début de l'invalidité :

- a) l'exemption personnelle du participant (les autres déductions pour conjoint, enfants, autres personnes à charge, etc. ne sont pas considérées);
- b) les déductions pour contributions au Régime de rentes du Québec ou au Régime de pension du Canada, à l'assurance emploi et au régime québécois d'assurance parentale (RQAP).

Revenu net mensuel après impôts au début de l'invalidité

Le revenu net au début de l'invalidité moins les impôts fédéral et provincial calculés selon la table d'imposition applicable à la dernière année fiscale complète précédant le début de l'invalidité et basé sur le revenu net imposable au début de l'invalidité, le tout divisé par 12.

Lorsqu'une portion ou la totalité du revenu du participant provient d'une société dont il fait partie, la portion du bénéfice net ou de la perte nette de la société qui fait partie du revenu net du participant est alors soumise aux tables d'imposition applicables à un particulier, et non à une société.

MONTANT DE PROTECTION

Le montant d'assurance du participant correspondra au montant d'assurance demandé tel qu'indiqué au Tableau sommaire.

RÉGIME G – ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

PRESTATIONS

Lorsqu'un participant est atteint

- a) «d'invalidité totale» : l'assureur verse au participant le montant de protection détenu par celui-ci à la date du début de la même période d'invalidité;
- b) «d'invalidité partielle» : l'assureur verse au participant le montant de protection prévu s'il était atteint d'invalidité totale, multiplié par le rapport de perte de revenu.

Le montant des prestations est établi à partir du montant de protection et des autres dispositions prévues à la présente garantie.

DURÉE DES PRESTATIONS EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE

Les prestations en cas d'invalidité totale cessent d'être payables à compter de la date où survient la dernière des éventualités suivantes :

Si l'invalidité survient avant le 65^e anniversaire de naissance du participant : lorsque le participant atteint l'âge de 65 ans;

Si l'invalidité survient au 65^e anniversaire de naissance ou après : après une période de 24 mois suivant l'expiration du délai de carence mais sans jamais dépasser la date à laquelle le participant atteint l'âge de 70 ans.

DURÉE DES PRESTATIONS EN CAS D'INVALIDITÉ PARTIELLE

Les prestations en cas d'invalidité partielle cessent d'être payables dès que le participant atteint l'âge de 65 ans.

MAXIMUM DE TOUTES SOURCES

Lorsque la somme des prestations autrement payables au participant pour un mois donné,

- ♦ en vertu de la présente garantie, et
- ♦ en vertu de tout revenu net reçu, et

RÉGIME G – ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

- ♦ en relation avec l'invalidité concernée en vertu d'une loi concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles, du Régime de rentes du Québec, du Régime de pension du Canada, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec, de toute autre loi sociale, d'un Régime de retraite et de toute police d'assurance,

excède le Maximum de toutes sources indiqué au Tableau sommaire, les prestations payables en vertu de la présente garantie sont réduites de tel excédent.

Aux fins du présent article, il n'est pas tenu compte de l'indexation des prestations payables en vertu de ces différentes sources de revenu et de la présente garantie, à la suite de l'augmentation du coût de la vie.

À défaut de recevoir les montants des différentes sources de revenu mentionnées précédemment, il incombe au participant de faire la preuve qu'il n'a pas droit à des prestations provenant de telles sources.

INDEXATION DES PRESTATIONS

Lorsque des prestations ont été payées par l'assureur pendant 12 mois complets, consécutifs ou non, au cours d'une même période d'invalidité, le montant des prestations payé est ajusté le 1^{er} juillet de chaque année subséquente selon l'indice des prix à la consommation (IPC) et selon le maximum indiqué au Tableau sommaire, moins 3 %. Le résultat du calcul précédent ne peut toutefois excéder 4 % ou être inférieur à 0.

PRÉSUMPTION D'INVALIDITÉ

Si, à la suite d'une blessure ou d'une maladie, le participant perd l'usage total ou partiel

- a) des deux mains,
- b) des deux pieds,
- c) d'une main et d'un pied,
- d) de la vision des deux yeux,
- e) de l'ouïe des deux oreilles,

RÉGIME G – ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

f) ou de la parole,

ou que cette perte ait résulté d'une maladie qui s'est manifestée alors que le participant était couvert par la garantie Assurance revenu de longue durée de la police collective, le participant sera considéré comme totalement invalide à compter de la date de survenance de la perte totale et définitive et il aura droit aux prestations mensuelles d'invalidité totale, qu'il exerce ou non une activité rémunérée et qu'il soit ou non suivi ou traité par un médecin.

MALADIES TRANSMISSIBLES PAR LE SANG

Le participant est également considéré comme partiellement invalide dans le cas d'un état résultant d'une infection transmissible par le sang obligeant le participant à modifier ses activités suite à une décision du comité d'experts responsable de l'évaluation de la pratique de ce participant, à condition que le participant subisse une perte d'au moins 20 % de son revenu net mensuel ajusté au début de l'invalidité. Toutefois, dans cette dernière situation, la période d'invalidité totale minimale de 30 jours ne s'applique pas.

RÉINTÉGRATION AU TRAVAIL

Un participant invalide peut, avec l'approbation de l'assureur, participer à un programme de réintégration au travail, tout en continuant à bénéficier de la présente garantie pour l'invalidité en cours, aussi longtemps que ce programme demeure un programme de réintégration dans l'opinion de l'assureur.

Le montant de prestations mensuelles payable par l'assureur pendant la durée d'un tel programme de réintégration est alors réduit d'une somme égale à 50 % du revenu net mensuel après impôts provenant de ce travail.

ALCOOLISME ET TOXICOMANIE

Toute période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie est reconnue sous réserve des dispositions de la police collective et à la condition que le participant reçoive des traitements ou des soins médicaux en vue de sa réadaptation.

RÉGIME G – ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

GROSSESSE

Toute période d'invalidité résultant d'une grossesse, d'un accouchement, d'une fausse couche ou de toute complication en rapport direct ou indirect avec l'une de ces causes est reconnue conformément aux dispositions de la présente garantie, sauf lorsque cette période se situe :

- a) pendant un congé de maternité accordé par l'employeur, lequel est réputé débiter à la première des deux dates suivantes : soit la date convenue entre l'employeur et la participante, soit la date de l'accouchement;
- b) pendant un congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale;
- c) pendant les périodes durant lesquelles des prestations de maternité sont payables en vertu de la loi sur l'assurance emploi ou du régime québécois d'assurance parentale (RQAP).

EXCLUSIONS

La présente garantie ne reconnaît aucune période d'invalidité :

- a) pendant laquelle le participant n'est pas sous les soins continus d'un médecin, sauf le cas d'état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de l'assureur;
- b) qui résulte d'une perpétration ou d'une tentative de perpétration d'un acte criminel par le participant, de la participation active du participant à une émeute ou à une insurrection, de blessures que s'est intentionnellement infligées le participant, qu'il ait été alors conscient ou non de ses actes;
- c) qui résulte directement ou indirectement d'une guerre, déclarée ou non, ou d'une guerre civile.
- d) qui ouvre droit à des prestations en vertu d'une garantie similaire en vigueur avant la date d'entrée en vigueur de la présente garantie.

Une période d'invalidité ne peut être exclue du seul fait de résulter de traitements esthétiques ou de résulter d'un don d'organe.

RÉGIME G – ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

CONDITIONS PRÉEXISTANTES

La présente garantie ne couvre aucune période d'invalidité due à un accident ou une maladie survenu avant la date d'entrée en vigueur de la protection accordée sans preuve d'assurabilité et ayant nécessité des traitements ou des soins médicaux au cours des 6 mois précédant cette date.

La présente disposition est sans effet lorsque le participant a été protégé par la présente garantie de façon continue et n'est pas devenu invalide par suite de ces causes pendant les 12 mois suivant la date d'entrée en vigueur de sa protection.

PREUVES

Le participant doit faire parvenir au siège social de l'assureur, dans les 90 jours suivant la date du commencement de l'invalidité, des preuves écrites de l'accident ou de la maladie dont il a été victime et de la continuation de son invalidité; toutefois, si le délai de carence est supérieur à 120 jours, les preuves doivent parvenir au siège social de l'assureur au moins 30 jours avant l'épuisement du délai de carence.

Le défaut du participant de fournir ces preuves dans les délais prévus prive ce participant du droit de retirer des prestations relativement à l'invalidité en cause, pour la période antérieure à la date de la réception effective par l'assureur de telles preuves d'invalidité.

RESTRICTIONS

En cas de terminaison de la présente garantie, le participant doit faire parvenir au siège social de l'assureur, au plus tard 6 mois après la date du commencement de l'invalidité, les preuves écrites de l'accident ou de la maladie dont il a été victime et de la continuation de son invalidité. Le défaut du participant de fournir ces preuves dans le délai prévu prive ce participant du droit de retirer des prestations relatives à l'invalidité en cause.

Par la suite, des preuves de continuation de l'invalidité doivent être soumises chaque fois que l'assureur le demande.

RÉGIME G – ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

À défaut de fournir à l'assureur toutes preuves supplémentaires ou de se soumettre à un examen médical dans les 31 jours suivant la demande écrite de l'assureur, le participant est privé du droit de retirer des prestations relatives à l'invalidité en cause, pour la période s'étendant de la fin de ce délai de 31 jours jusqu'à la date de la réception effective par l'assureur de telles preuves supplémentaires ou du rapport de l'examen médical demandé.

Toutefois, si le participant ne se soumet pas à telle demande de l'assureur dans un délai de 6 mois, il perd le droit de retirer des prestations relatives à l'invalidité en cause.

De plus, la prestation mensuelle ne sera pas versée à un participant qui s'absente du Canada ou des États-Unis pour une période de 90 jours consécutifs et plus. Le droit du participant de recevoir la prestation mensuelle sera de nouveau rétabli à son retour au Canada ou aux États-Unis, sous réserve de toute autre disposition de la présente garantie.

RÉGIME H – ASSURANCE FRAIS DE BUREAU

Conformément aux dispositions de la police collective, l'assureur s'engage à payer au participant atteint d'invalidité totale avant l'âge de 70 ans, à partir de la fin du délai de carence de 30 jours et pour une durée maximale de 18 mois, les frais couverts par la présente garantie, jusqu'à concurrence du montant d'assurance alors en vigueur, à condition qu'il ait été assuré en vertu de la présente garantie au début de l'invalidité totale.

Durant une même période d'invalidité, le montant d'assurance n'est pas modifié. Le délai de carence et la durée maximale s'appliquent par même période d'invalidité. Le premier versement est fait un mois après l'expiration du délai de carence et de mois en mois par la suite tant que subsiste l'invalidité totale.

Le premier ou le dernier versement de l'assureur, pour une même période d'invalidité, est fractionné, le cas échéant, à raison de 1/30 par jour d'invalidité totale pour le mois au cours duquel les prestations de l'assureur débutent ou se terminent.

Si les frais couverts réellement engagés durant un mois sont moindres que le montant d'assurance, la période de couverture de 18 mois peut être prolongée jusqu'à ce que le maximum de prestations payables ait été atteint, sans toutefois jamais excéder 36 mois de couverture.

Lorsque les frais couverts réellement engagés pour une certaine période sont supérieurs au montant d'assurance, la différence entre les frais engagés et les prestations payées peut être reportée aux mois suivants, sous réserve que les prestations totales payables pour chaque mois n'excèdent pas le maximum payable prévu.

Le montant maximal de prestations payables est égal au montant mensuel d'assurance choisie par le participant multiplié par le nombre de mois de couverture, soit 18.

MONTANT D'ASSURANCE

Le montant d'assurance disponible est indiqué au Tableau sommaire.

RÉGIME H – ASSURANCE FRAIS DE BUREAU (suite)

FRAIS COUVERTS

Sur présentation de pièces justificatives jugées satisfaisantes par l'assureur, la présente garantie couvre la portion effectivement supportée par le participant de certaines dépenses fixes d'opération de son bureau de médecin énumérées ci-dessous, dans la mesure où elles continuent d'être requises :

- a) le loyer, l'eau, l'électricité et autres services publics;
- b) le salaire des employés et la contribution à titre d'employeur au régime d'assurance collective, au régime de retraite des employés, ainsi qu'au Régime de Rentes du Québec, à la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec, à la Commission de l'emploi et de l'immigration du Canada, à la Régie de l'assurance-maladie du Québec et au Régime québécois d'assurance parentale;
- c) les services professionnels reliés à la comptabilité du bureau du participant;
- d) la location d'équipement, y compris l'automobile;
- e) la contribution aux différents organismes d'encadrement de la profession médicale et aux différentes associations professionnelles pertinentes;
- f) le cas échéant, les autres dépenses fixes courantes qui continuent d'être requises.

RESTRICTION

Le revenu du participant, le revenu du remplaçant du participant de même que le coût des marchandises, des produits pharmaceutiques et des dépenses autres que celles mentionnées ci-dessus ne sont pas couverts par la présente garantie.

ALCOOLISME ET TOXICOMANIE

Toute période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie est reconnue sous réserve des dispositions de la police collective et à condition que le participant reçoive des traitements ou des soins médicaux en vue de sa réadaptation.

RÉGIME H – ASSURANCE FRAIS DE BUREAU (suite)

GROSSESSE

Toute période d'invalidité résultant d'une grossesse, d'un accouchement, d'une fausse couche ou de toute complication en rapport direct ou indirect avec l'une de ces causes est reconnue conformément aux dispositions de la présente garantie, sauf lorsque cette période se situe :

- a) pendant un congé de maternité accordé par l'employeur, lequel est réputé débiter à la première des deux dates suivantes : soit la date convenue entre l'employeur et la participante, soit la date de l'accouchement;
- b) pendant un congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale;
- c) pendant les périodes durant lesquelles des prestations de maternité sont payables en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi ou du Régime québécois d'assurance parentale (RQAP)

EXCLUSIONS

La présente garantie ne reconnaît aucune période d'invalidité :

- a) pendant laquelle le participant n'est pas sous les soins continus d'un médecin, sauf le cas d'état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de l'assureur;
- b) qui résulte d'une perpétration ou d'une tentative de perpétration d'un acte criminel par le participant, de la participation active du participant à une émeute ou à une insurrection, de blessures que s'est intentionnellement infligées le participant, qu'il ait été alors conscient ou non de ses actes;
- c) qui résulte de traitements esthétiques;
- d) qui résulte directement ou indirectement d'une guerre, déclarée ou non, ou d'une guerre civile;
- e) qui ouvre droit à des prestations en vertu d'une garantie similaire en vigueur avant la date d'entrée en vigueur de la présente garantie.

RÉGIME H – ASSURANCE FRAIS DE BUREAU (suite)

PREUVES

- a) Le participant doit faire parvenir au siège social de l'assureur dans les 90 jours suivant la date du commencement de l'invalidité, mais pas plus de 15 jours après le retour à ses fonctions professionnelles, des preuves écrites de l'accident ou de la maladie dont il a été victime et de son invalidité. Par la suite, des preuves de continuation de l'invalidité doivent être soumises chaque fois que l'assureur le demande.
- b) À défaut de présenter les preuves d'invalidité dans les délais prévus le participant est privé du droit de retirer des prestations en cas d'invalidité relativement à l'invalidité en cause, pour la période antérieure à la date de la réception effective par l'assureur de telles preuves d'invalidité.
- c) Le fait pour le participant de ne pas fournir à l'assureur toute preuve supplémentaire ou de ne pas se soumettre à un examen médical dans les 31 jours suivant la demande écrite de l'assureur prive le participant du droit de retirer des prestations relatives à l'invalidité en cause pour la période s'étendant de la fin de ce délai de 31 jours, jusqu'à la date de la réception effective par l'assureur de telles preuves supplémentaires ou du rapport de l'examen médical demandé.

RÉGIME J – ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT

Un participant peut obtenir un montant d'assurance maladie grave à la condition d'en faire la demande écrite à l'assureur et de fournir les preuves d'assurabilité jugées nécessaires par l'assureur.

Le capital assuré du participant correspondra au montant d'assurance demandé tel qu'indiqué au Tableau sommaire.

Si le participant souffre d'une des maladies ou subit l'une des chirurgies décrites à l'article Maladies et chirurgies couvertes de la présente garantie, l'assureur s'engage à verser au participant le capital assuré, sous réserve des modalités et des conditions énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

Si le participant est décédé au moment où doit s'effectuer le paiement des prestations, les prestations sont versées à sa succession.

CONDITIONS

En cas de maladie ou de chirurgie couverte, le versement des prestations s'effectue :

- a) si la maladie a été diagnostiquée ou l'acte chirurgical a eu lieu alors que le participant était couvert en vertu de la présente garantie; et
- b) si le participant a survécu au moins 30 jours après la date du diagnostic de la maladie ou de la chirurgie, sauf indication contraire énoncée dans la présente garantie.

La protection d'un participant en vertu de la présente garantie prend fin dès que le participant reçoit le paiement des prestations payables pour une maladie ou une chirurgie couverte.

MALADIES ET CHIRURGIES COUVERTES

Crise cardiaque (infarctus du myocarde)

«Crise cardiaque» s'entend de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque à la suite d'un apport sanguin insuffisant aux tissus atteints. La prestation en

RÉGIME J – ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT (suite)

vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic se fonde sur un événement précis constitué des deux éléments suivants :

- a) de nouvelles variations électrocardiographiques (ECG) à l'appui du diagnostic de crise cardiaque; et
- b) d'une hausse des enzymes cardiaques à des niveaux qui appuient également ce diagnostic.

Aucune variation électrocardiographique associée à une crise cardiaque antérieure n'ouvre droit aux prestations en vertu de la présente garantie.

Accident vasculaire cérébral (AVC)

«Accident vasculaire cérébral» s'entend de tout accident cérébrovasculaire ayant produit des séquelles neurologiques d'une durée de plus de 30 jours et qui résulte :

- a) d'une thrombose ou d'une hémorragie intracrânienne; ou
- b) d'une embolie d'origine extracrânienne.

Le participant n'a droit aux prestations en vertu de la présente garantie que si l'on peut démontrer qu'il souffre effectivement d'un déficit neurologique mesurable.

Les accidents ischémiques transitoires (AIT) sont exclus de la présente garantie.

Cancer (avec risque de décès à court terme)

«Cancer (avec risque de décès à court terme)» s'entend d'une tumeur maligne caractérisée par la croissance et la propagation non jugulées de cellules cancéreuses avec envahissement des tissus voisins. Les prestations en vertu de la présente garantie ne sont payables que si le cancer a été diagnostiqué par un médecin spécialiste qualifié autorisé qui exerce la médecine au Canada ou aux États-Unis. Il doit s'agir, en outre, d'un cancer qui menace la vie du participant.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie si

- a) la date du diagnostic de cancer, ou

RÉGIME J – ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT (suite)

- b) la date de l'apparition des signes ou des symptômes, ou des consultations médicales ou des examens menant au diagnostic de cancer,

est à l'intérieur de la période moratoire. Aux fins de cette maladie couverte, la période moratoire désigne la période des 90 premiers jours suivant la date de la prise d'effet de la protection du participant en vertu de la présente garantie.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour :

- a) un cancer in situ;
- b) un mélanome malin au stade 1A;
- c) tout cancer de la peau sans présence de mélanome malin ni métastases;
- d) un cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b); et
- e) toute tumeur en présence du virus de l'immunodéficience humaine.

De plus, aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie relativement à tout diagnostic de cancer établi après la période moratoire, si durant la période moratoire,

- a) un diagnostic de quelque forme de cancer a été établi à l'endroit du participant, ou
- b) s'il a présenté des signes ou symptômes ou a eu une consultation médicale ou des tests qui ont mené au diagnostic de cancer.

Chirurgie coronarienne

«Chirurgie coronarienne» s'entend d'une chirurgie cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen de greffons veineux. Les prestations en vertu de la présente garantie ne sont payables que si l'intervention chirurgicale a été recommandée et pratiquée par un cardiologue autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour une intervention non chirurgicale telle qu'une angioplastie transluminale percutanée ou une angioplastie au laser.

RÉGIME J – ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT (suite)

Insuffisance rénale

«Insuffisance rénale» s'entend d'une défaillance rénale chronique terminale nécessitant le recours périodique à la dialyse péritonéale ou à l'hémodialyse, ou à une greffe de rein. Les prestations en vertu de la présente garantie ne sont payables que si les deux reins du participant ont été atteints d'une insuffisance fonctionnelle permanente et irréversible alors que le participant était couvert en vertu de cette garantie.

Paralysie

«Paralysie» s'entend de la perte complète et permanente de l'usage d'au moins deux membres pendant une période ininterrompue de 90 jours au cours de laquelle il ne se présente aucun signe d'amélioration. Les prestations en vertu de la présente garantie ne sont payables que si la paralysie a été diagnostiquée par un médecin spécialiste qualifié autorisé qui exerce la médecine au Canada ou aux États-Unis.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour une paralysie attribuable à quelque cause d'ordre psychiatrique.

Sclérose en plaques

«Sclérose en plaques» s'entend d'une affection du système nerveux central caractérisée par un processus de démyélinisation aboutissant à la constitution de plaques sclérosées. Les prestations en vertu de la présente garantie ne sont payables que si un neurologue autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis a conclu sans équivoque au diagnostic de sclérose en plaques à la suite d'anomalies neurologiques bien définies ayant persisté pendant une période ininterrompue d'au moins 6 mois, ou que si l'on a démontré qu'il s'est produit deux épisodes distincts et cliniquement vérifiés de sclérose en plaques. Il faut, en outre, que les multiples plages de démyélinisation soient confirmées au moyen de techniques de scintigraphie par balayage ou d'imagerie de résonance magnétique généralement utilisées pour diagnostiquer la sclérose en plaques.

RÉGIME J – ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT (suite)

Cécité

«Cécité» s'entend de la perte de la vue des deux yeux, manifestée par une acuité visuelle inférieure à 20/200, ou par un champ de vision de moins de 20 degrés pour chaque œil. Les prestations en vertu de la présente garantie ne sont payables que si un ophtalmologiste autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis a confirmé que la perte d'acuité visuelle ou de champ de vision des deux yeux est permanente et irréversible.

Surdité

«Surdité» s'entend de la perte bilatérale de l'ouïe, le seuil d'audition étant de plus de 90 décibels à l'intérieur d'un seuil de détection de la parole de 500 à 3 000 cycles par seconde. Les prestations en vertu de la présente garantie ne sont payables que si un oto-rhino-laryngologiste autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis a confirmé que la perte bilatérale de l'ouïe est permanente et irréversible.

Greffe d'un organe vital et attente d'une greffe d'organe vital

«Greffe d'un organe vital» s'entend de la transplantation chez le participant d'un des organes ou des tissus suivants : le coeur, les deux poumons, le foie, les deux reins ou la moelle osseuse.

«Attente d'une greffe d'organe vital» s'entend de l'inscription du participant sur une liste d'attente en vertu d'un programme de transplantation d'organe ou de moelle osseuse approuvé par le gouvernement du Canada ou des États-Unis en vue de recevoir un des organes ou des tissus suivants : le coeur, les deux poumons, le foie, les deux reins ou la moelle osseuse.

Les prestations en vertu de la présente garantie ne sont payables que si la greffe de l'organe résulte de l'insuffisance irréversible du coeur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse.

Maladie du motoneurone

«Maladie du motoneurone» s'entend d'un diagnostic sans équivoque de sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig), de sclérose latérale primitive, d'atrophie musculaire progressive, de paralysie bulbaire progressive ou de paralysie pseudobulbaire. Les prestations en vertu de la présente garantie

RÉGIME J – ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT (suite)

ne sont payables que si la maladie du motoneurone a été diagnostiquée par un neurologue autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour quelque variation de la maladie du motoneurone que ne mentionne pas spécifiquement cette garantie.

Tumeur cérébrale bénigne

«Tumeur cérébrale bénigne» s'entend d'une tumeur bénigne dans la substance du cerveau ou des méninges. Les prestations en vertu de la présente garantie ne sont payables que si la nature histologique de la tumeur est confirmée par l'examen du tissu prélevé par biopsie ou exérèse chirurgicale.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie, si :

- a) la date du diagnostic de la tumeur, ou
- b) la date à laquelle les signes, symptômes, consultations médicales ou examens ayant conduit au diagnostic,

est à l'intérieur de la période moratoire. Aux fins de cette maladie couverte, la période moratoire désigne la période des 90 premiers jours suivant la date de la prise d'effet de la protection du participant en vertu de la présente garantie.

Aucune prestation n'est payable en vertu de cette garantie pour les tumeurs des os crâniens et les microadénomes pituitaires (d'un diamètre de moins de 10 mm).

De plus, aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour tout diagnostic de tumeur cérébrale bénigne établi après la période moratoire, si durant la période moratoire,

- a) un diagnostic de quelque forme de cancer ou de tumeur cérébrale a été établi à l'endroit du participant, ou
- b) s'il a présenté des signes ou symptômes ou a eu une consultation médicale ou des tests qui ont mené au diagnostic d'un cancer ou d'une tumeur cérébrale.

RÉGIME J – ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT (suite)

Coma

«Coma» s'entend d'un état d'inconscience profonde où le participant ne manifeste aucune réaction aux stimulus externes ni aucune réponse à ses besoins internes pendant une période ininterrompue de 4 jours. Les prestations en vertu de la présente garantie ne sont payables que si le diagnostic de coma a été posé par un neurologue autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis.

Brûlures

«Brûlures» s'entend de brûlures au troisième degré sur au moins 20 % de la surface corporelle du participant. Les prestations en vertu de la présente garantie ne sont payables que si le diagnostic relatif au degré et à l'étendue des brûlures a été établi par un chirurgien plasticien autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis.

Perte de la parole

«Perte de la parole» s'entend de la perte complète et permanente de la capacité de parler pendant une période ininterrompue de 180 jours par suite d'une lésion ou d'une maladie physique. Les prestations en vertu de la présente garantie ne sont payables que si la perte de la parole a été jugée complète et irréversible par un médecin spécialiste qualifié autorisé qui exerce la médecine au Canada ou aux États-Unis

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour une perte de la parole attribuable à quelque cause d'ordre psychiatrique.

Maladie de Parkinson

«Maladie de Parkinson» s'entend d'un syndrome cérébral dégénératif caractérisé par l'hypertonie, ou rigidité musculaire, le tremblement au repos et l'akinésie, ou lenteur des mouvements. Les prestations en vertu de la présente garantie ne sont payables que si un neurologue autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis a établi un diagnostic sans équivoque de syndrome parkinsonien idiopathique primaire fondé sur au moins deux des manifestations cliniques suivantes :

- a) rigidité musculaire; ou

RÉGIME J – ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT (suite)

- b) tremblements; ou
- c) bradycinésie.

De plus, le participant doit être incapable d'exécuter deux ou plusieurs des activités quotidiennes suivantes sans l'aide physique d'un adulte :

- a) prendre son bain;
- b) s'habiller;
- c) faire sa toilette;
- d) être continent (miction et selles);
- e) se déplacer; et
- f) se nourrir.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour quelque forme de maladie de Parkinson autre que primaire et idiopathique.

Maladie d'Alzheimer

«Maladie d'Alzheimer» s'entend d'un syndrome cérébral dégénératif caractérisé par un dépérissement progressif des fonctions intellectuelles qui influe sur le jugement et la mémoire au point que le participant qui en est atteint a besoin d'une surveillance quotidienne constante. Les prestations en vertu de la présente garantie ne sont payables que si le diagnostic de maladie d'Alzheimer a été établi sans équivoque par un médecin spécialiste qualifié autorisé qui exerce la médecine au Canada ou aux États-Unis. De plus, le participant doit présenter une perte de capacités intellectuelles comportant une altération de sa mémoire et de son jugement ayant amené une importante diminution de ses moyens sur le plan psychique aussi bien que relationnel, de sorte qu'il a besoin d'une surveillance quotidienne constante.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour quelque autre forme de maladie neurodégénérative ou de trouble psychiatrique.

Infection au VIH dans le cadre de l'occupation

«Infection au VIH» s'entend d'une infection au VIH (virus de l'immunodéficience humaine) du participant survenue après la date de prise

RÉGIME J – ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT (suite)

d'effet de sa protection en vertu de la présente garantie par suite d'une blessure accidentelle subie au Canada dans l'exercice de ses fonctions professionnelles normales et l'ayant exposé à du sang ou à des liquides physiologiques contaminés.

Les prestations en vertu de la présente garantie ne sont payables

- a) que si la blessure accidentelle a été signalée à l'assureur dans les 14 jours de la date de l'accident qui en est la cause; et
- b) que si les résultats d'un test sérologique de détection du VIH réalisé dans les 14 jours de la date de l'accident sont négatifs; et
- c) que si les résultats de tests sérologiques de détection du VIH réalisés dans les 90 jours et dans les 180 jours de la date de l'accident sont positifs; et
- d) que si la déclaration, l'investigation et la documentation de la blessure accidentelle sont faites conformément aux lois et règlements du Canada sur le travail; et
- e) que si tous les tests requis pour la détection du VIH sont réalisés par un établissement autorisé approuvé par l'assureur.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie

- a) si le participant a refusé l'administration d'un vaccin autorisé offrant une protection contre le VIH et qui était disponible avant l'accident en cause;
- b) si un remède contre le VIH était disponible avant l'accident en cause; ou
- c) si l'infection à VIH s'est produite par suite d'une blessure non accidentelle, y compris mais non exclusivement, par transmission sexuelle ou par injection intraveineuse de drogues.

EXCLUSION RELATIVE À L'ÉTAT DE SANTÉ ANTÉRIEUR

Comme il est stipulé dans la présente disposition, l'état de santé antérieur signifie une maladie ou une chirurgie couverte :

- a) qui a été contractée par le participant ou dont il a souffert; ou

RÉGIME J – ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT (suite)

- b) dont les symptômes ont amené le participant à subir un traitement donné par un médecin; ou
- c) dont les symptômes ont été analysés ou examinés par un médecin; ou
- d) pour lesquelles le participant a pris des médicaments, tels que prescrits par un médecin,

au cours de la période de 24 mois précédant la date à laquelle le participant était couvert par la présente garantie.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour une maladie ou une chirurgie couverte qui

- a) découle directement ou indirectement d'un état de santé antérieur ou est liée ou est attribuable, d'une quelconque façon ou à un quelconque degré, à un état de santé antérieur; et
- b) a débuté au cours des 24 premiers mois suivant la prise d'effet de la protection du participant en vertu de la présente garantie.

RESTRICTION

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour une intervention chirurgicale couverte, mais pratiquée à l'extérieur du Canada.

EXCLUSIONS

Aucun montant n'est versé en vertu de la présente garantie si la maladie ou la chirurgie résulte directement ou indirectement :

- a) d'un suicide ou d'une tentative de suicide ou de toute blessure que le participant s'inflige volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- b) d'un acte criminel que le participant a commis ou tenté de commettre, ou de la provocation d'une agression;
- c) de toute agitation civile, insurrection ou guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;

RÉGIME J – ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT (suite)

- d) de la consommation de drogues, de substances toxiques ou de stupéfiants, sauf s'ils sont prescrits et administrés par un médecin autorisé, ou conformément à ses directives;
- e) de la consommation excessive d'alcool;
- f) de la conduite d'un véhicule motorisé si le participant avait, au moment de l'accident en cause, un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise par la loi;
- g) d'un vol à bord d'un aéronef, sauf en qualité de passager et non de pilote, d'exploitant ou de membre de l'équipage sur ou à bord de quelque aéronef, à condition i) qu'il s'agisse d'un vol de transporteur aérien régulier à horaire fixe, ii) que l'aéronef soit muni d'un certificat de navigabilité et qu'il soit piloté par une personne qui détient un permis de vol à jour et valide faisant foi de ses compétences et l'autorisant à piloter l'aéronef et iii) que l'aéronef ne soit pas la propriété du titulaire de la police ou de l'employeur du participant et ne soit ni exploité, ni nolisé ou loué par ce titulaire ou employeur; ou
- h) de la participation
 - i) à des activités sous-marines, y compris, mais non exclusivement, la plongée en scaphandre autonome et la plongée en apnée;
 - ii) à des vols en deltaplaneur;
 - iii) à des sauts en parachute; et
 - iv) à des courses en véhicule motorisé ou à des concours de vitesse, sur terre comme sur l'eau.

De plus, aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie si la maladie couverte ou la chirurgie résulte directement de toute forme de cancer ou de tumeur cérébrale bénigne, si durant la période moratoire, telle que décrite aux sections Cancer (avec risque de décès à court terme) et Tumeur cérébrale bénigne,

- a) un diagnostic de quelque forme de cancer ou de tumeur cérébrale a été établi à l'endroit du participant, ou
- b) s'il a présenté des signes ou symptômes ou a eu une consultation médicale ou des tests qui ont mené au diagnostic d'un cancer ou d'une tumeur cérébrale.

RÉGIME J – ASSURANCE MALADIE GRAVE DU PARTICIPANT (suite)

PREUVES ET EXAMENS

Les preuves de perte doivent être présentées à l'assureur dans les 90 jours de la date de la perte, à défaut de quoi aucune prestation n'est payable.

L'assureur a le droit de faire examiner le participant et, s'il y a lieu, de faire procéder à une autopsie dans les limites permises par la loi.

RÉGIME K – ASSURANCE MALADIE GRAVE DU CONJOINT

Un participant peut obtenir, pour son conjoint, un montant d'assurance maladie grave à la condition d'en faire la demande écrite à l'assureur et de fournir les preuves d'assurabilité jugées nécessaires par l'assureur.

Le capital assuré du conjoint correspondra au montant d'assurance demandé tel qu'indiqué au Tableau sommaire.

Si le conjoint souffre d'une des maladies ou subit l'une des chirurgies décrites à l'article Maladies et chirurgies couvertes de la présente garantie, l'assureur s'engage à verser le capital assuré, sous réserve des modalités et des conditions énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

La prestation est versée au participant.

CONDITIONS

En cas de maladie ou de chirurgie couverte, le versement de la prestation s'effectue :

- a) si la maladie a été diagnostiquée ou l'acte chirurgical a eu lieu alors que le conjoint était couvert en vertu de la présente garantie; et
- b) si le conjoint a survécu au moins 30 jours après la date du diagnostic de la maladie ou de la chirurgie, sauf indication contraire énoncée dans la présente garantie.

La protection d'un conjoint en vertu de la présente garantie prend fin dès que le participant reçoit le paiement de la prestation payable pour son conjoint, pour une maladie ou une chirurgie couverte.

MALADIES ET CHIRURGIES COUVERTES

Crise cardiaque (infarctus du myocarde)

«Crise cardiaque» s'entend de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque à la suite d'un apport sanguin insuffisant aux tissus atteints. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic se fonde sur un événement précis constitué des deux éléments suivants :

RÉGIME K – ASSURANCE MALADIE GRAVE DU CONJOINT (suite)

- a) de nouvelles variations électrocardiographiques (ECG) à l'appui du diagnostic de crise cardiaque; et
- b) d'une hausse des enzymes cardiaques à des niveaux qui appuient également ce diagnostic.

Aucune variation électrocardiographique associée à une crise cardiaque antérieure n'ouvre droit à la prestation en vertu de la présente garantie.

Accident vasculaire cérébral (AVC)

«Accident vasculaire cérébral» s'entend de tout accident cérébrovasculaire ayant produit des séquelles neurologiques d'une durée de plus de 30 jours et qui résulte :

- a) d'une thrombose ou d'une hémorragie intracrânienne; ou
- b) d'une embolie d'origine extracrânienne.

Le participant n'a droit à la prestation en vertu de la présente garantie que si l'on peut démontrer que le conjoint souffre effectivement d'un déficit neurologique mesurable.

Les accidents ischémiques transitoires (AIT) sont exclus de la présente garantie.

Cancer (avec risque de décès à court terme)

«Cancer (avec risque de décès à court terme)» s'entend d'une tumeur maligne caractérisée par la croissance et la propagation non jugulées de cellules cancéreuses avec envahissement des tissus voisins. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le cancer a été diagnostiqué par un médecin spécialiste qualifié autorisé qui exerce la médecine au Canada ou aux États-Unis. Il doit s'agir, en outre, d'un cancer qui menace la vie du conjoint.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie si

- a) la date du diagnostic de cancer, ou
- b) la date de l'apparition des signes ou des symptômes, ou des consultations médicales ou des examens menant au diagnostic de cancer,

RÉGIME K – ASSURANCE MALADIE GRAVE DU CONJOINT (suite)

est à l'intérieur de la période moratoire. Aux fins de cette maladie couverte, la période moratoire désigne la période des 90 premiers jours suivant la date de la prise d'effet de la protection du conjoint en vertu de la présente garantie.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour :

- a) un cancer in situ;
- b) un mélanome malin au stade 1A;
- c) tout cancer de la peau sans présence de mélanome malin ni métastases;
- d) un cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b); et
- e) toute tumeur en présence du virus de l'immunodéficience humaine.

De plus, aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie relativement à tout diagnostic de cancer établi après la période moratoire, si durant la période moratoire,

- a) un diagnostic de quelque forme de cancer a été établi à l'endroit du conjoint, ou
- b) s'il a présenté des signes ou symptômes ou a eu une consultation médicale ou des tests qui ont mené au diagnostic de cancer.

Chirurgie coronarienne

«Chirurgie coronarienne» s'entend d'une chirurgie cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen de greffons veineux. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si l'intervention chirurgicale a été recommandée et pratiquée par un cardiologue autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour une intervention non chirurgicale telle qu'une angioplastie transluminale percutanée ou une angioplastie au laser.

RÉGIME K – ASSURANCE MALADIE GRAVE DU CONJOINT (suite)

Insuffisance rénale

«Insuffisance rénale» s'entend d'une défaillance rénale chronique terminale nécessitant le recours périodique à la dialyse péritonéale ou à l'hémodialyse, ou à une greffe de rein. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si les deux reins du conjoint ont été atteints d'une insuffisance fonctionnelle permanente et irréversible alors que le conjoint était couvert en vertu de cette garantie.

Paralysie

«Paralysie» s'entend de la perte complète et permanente de l'usage d'au moins deux membres pendant une période ininterrompue de 90 jours au cours de laquelle il ne se présente aucun signe d'amélioration. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si la paralysie a été diagnostiquée par un médecin spécialiste qualifié autorisé qui exerce la médecine au Canada ou aux États-Unis.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour une paralysie attribuable à quelque cause d'ordre psychiatrique.

Sclérose en plaques

«Sclérose en plaques» s'entend d'une affection du système nerveux central caractérisée par un processus de démyélinisation aboutissant à la constitution de plaques sclérosées. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si un neurologue autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis a conclu sans équivoque au diagnostic de sclérose en plaques à la suite d'anomalies neurologiques bien définies ayant persisté pendant une période ininterrompue d'au moins 6 mois, ou que si l'on a démontré qu'il s'est produit deux épisodes distincts et cliniquement vérifiés de sclérose en plaques. Il faut, en outre, que les multiples plages de démyélinisation soient confirmées au moyen de techniques de scintigraphie par balayage ou d'imagerie de résonance magnétique généralement utilisées pour diagnostiquer la sclérose en plaques.

RÉGIME K – ASSURANCE MALADIE GRAVE DU CONJOINT (suite)

Cécité

«Cécité» s'entend de la perte de la vue des deux yeux, manifestée par une acuité visuelle inférieure à 20/200, ou par un champ de vision de moins de 20 degrés pour chaque œil. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si un ophtalmologiste autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis a confirmé que la perte d'acuité visuelle ou de champ de vision des deux yeux est permanente et irréversible.

Surdité

«Surdité» s'entend de la perte bilatérale de l'ouïe, le seuil d'audition étant de plus de 90 décibels à l'intérieur d'un seuil de détection de la parole de 500 à 3 000 cycles par seconde. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si un oto-rhino-laryngologiste autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis a confirmé que la perte bilatérale de l'ouïe est permanente et irréversible.

Greffe d'un organe vital et attente d'une greffe d'organe vital

«Greffe d'un organe vital» s'entend de la transplantation chez le conjoint d'un des organes ou des tissus suivants : le coeur, les deux poumons, le foie, les deux reins ou la moelle osseuse.

«Attente d'une greffe d'organe vital» s'entend de l'inscription du conjoint sur une liste d'attente en vertu d'un programme de transplantation d'organe ou de moelle osseuse approuvé par le gouvernement du Canada ou des États-Unis en vue de recevoir un des organes ou des tissus suivants : le coeur, les deux poumons, le foie, les deux reins ou la moelle osseuse.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si la greffe de l'organe résulte de l'insuffisance irréversible du coeur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse.

Maladie du motoneurone

«Maladie du motoneurone» s'entend d'un diagnostic sans équivoque de sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig), de sclérose latérale primitive, d'atrophie musculaire progressive, de paralysie bulbaire progressive ou de paralysie pseudobulbaire. La prestation en vertu de la présente garantie

RÉGIME K – ASSURANCE MALADIE GRAVE DU CONJOINT (suite)

n'est payable que si la maladie du motoneurone a été diagnostiquée par un neurologue autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour quelque variation de la maladie du motoneurone que ne mentionne pas spécifiquement cette garantie.

Tumeur cérébrale bénigne

«Tumeur cérébrale bénigne» s'entend d'une tumeur bénigne dans la substance du cerveau ou des méninges. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si la nature histologique de la tumeur est confirmée par l'examen du tissu prélevé par biopsie ou exérèse chirurgicale.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie, si :

- a) la date du diagnostic de la tumeur, ou
- b) la date à laquelle les signes, symptômes, consultations médicales ou examens ayant conduit au diagnostic,

est à l'intérieur de la période moratoire. Aux fins de cette maladie couverte, la période moratoire désigne la période des 90 premiers jours suivant la date de la prise d'effet de la protection du conjoint en vertu de la présente garantie.

Aucune prestation n'est payable en vertu de cette garantie pour les tumeurs des os crâniens et les microadénomes pituitaires (d'un diamètre de moins de 10 mm).

De plus, aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour tout diagnostic de tumeur cérébrale bénigne établi après la période moratoire, si durant la période moratoire,

- a) un diagnostic de quelque forme de cancer ou de tumeur cérébrale a été établi à l'endroit du conjoint, ou
- b) s'il a présenté des signes ou symptômes ou a eu une consultation médicale ou des tests qui ont mené au diagnostic d'un cancer ou d'une tumeur cérébrale.

RÉGIME K – ASSURANCE MALADIE GRAVE DU CONJOINT (suite)

Coma

«Coma» s'entend d'un état d'inconscience profonde où le conjoint ne manifeste aucune réaction aux stimulus externes ni aucune réponse à ses besoins internes pendant une période ininterrompue de 4 jours. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de coma a été posé par un neurologue autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis.

Brûlures

«Brûlures» s'entend de brûlures au troisième degré sur au moins 20 % de la surface corporelle du conjoint. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic relatif au degré et à l'étendue des brûlures a été établi par un chirurgien plasticien autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis.

Perte de la parole

«Perte de la parole» s'entend de la perte complète et permanente de la capacité de parler pendant une période ininterrompue de 180 jours par suite d'une lésion ou d'une maladie physique. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si la perte de la parole a été jugée complète et irréversible par un médecin spécialiste qualifié autorisé qui exerce la médecine au Canada ou aux États-Unis

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour une perte de la parole attribuable à quelque cause d'ordre psychiatrique.

Maladie de Parkinson

«Maladie de Parkinson» s'entend d'un syndrome cérébral dégénératif caractérisé par l'hypertonie, ou rigidité musculaire, le tremblement au repos et l'akinésie, ou lenteur des mouvements. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si un neurologue autorisé qui exerce sa profession au Canada ou aux États-Unis a établi un diagnostic sans équivoque de syndrome parkinsonien idiopathique primaire fondé sur au moins deux des manifestations cliniques suivantes :

- a) rigidité musculaire; ou

RÉGIME K – ASSURANCE MALADIE GRAVE DU CONJOINT (suite)

- b) tremblements; ou
- c) bradycinésie.

De plus, le conjoint doit être incapable d'exécuter deux ou plusieurs des activités quotidiennes suivantes sans l'aide physique d'un adulte :

- a) prendre son bain;
- b) s'habiller;
- c) faire sa toilette;
- d) être continent (miction et selles);
- e) se déplacer; et
- f) se nourrir.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour quelque forme de maladie de Parkinson autre que primaire et idiopathique.

Maladie d'Alzheimer

«Maladie d'Alzheimer» s'entend d'un syndrome cérébral dégénératif caractérisé par un dépérissement progressif des fonctions intellectuelles qui influe sur le jugement et la mémoire au point que le conjoint qui en est atteint a besoin d'une surveillance quotidienne constante. La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le diagnostic de maladie d'Alzheimer a été établi sans équivoque par un médecin spécialiste qualifié autorisé qui exerce la médecine au Canada ou aux États-Unis. De plus, le conjoint doit présenter une perte de capacités intellectuelles comportant une altération de sa mémoire et de son jugement ayant amené une importante diminution de ses moyens sur le plan psychique aussi bien que relationnel, de sorte qu'il a besoin d'une surveillance quotidienne constante.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour quelque autre forme de maladie neurodégénérative ou de trouble psychiatrique.

Infection au VIH dans le cadre de l'occupation

«Infection au VIH» s'entend d'une infection au VIH (virus de l'immunodéficience humaine) du conjoint survenue après la date de prise

RÉGIME K – ASSURANCE MALADIE GRAVE DU CONJOINT (suite)

d'effet de sa protection en vertu de la présente garantie par suite d'une blessure accidentelle subie au Canada dans l'exercice de ses fonctions professionnelles normales et l'ayant exposé à du sang ou à des liquides physiologiques contaminés.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable

- a) que si la blessure accidentelle a été signalée à l'assureur dans les 14 jours de la date de l'accident qui en est la cause; et
- b) que si les résultats d'un test sérologique de détection du VIH réalisé dans les 14 jours de la date de l'accident sont négatifs; et
- c) que si les résultats de tests sérologiques de détection du VIH réalisés dans les 90 jours et dans les 180 jours de la date de l'accident sont positifs; et
- d) que si la déclaration, l'investigation et la documentation de la blessure accidentelle sont faites conformément aux lois et règlements du Canada sur le travail; et
- e) que si tous les tests requis pour la détection du VIH sont réalisés par un établissement autorisé approuvé par l'assureur.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie

- a) si le conjoint a refusé l'administration d'un vaccin autorisé offrant une protection contre le VIH et qui était disponible avant l'accident en cause;
- b) si un remède contre le VIH était disponible avant l'accident en cause; ou
- c) si l'infection à VIH s'est produite par suite d'une blessure non accidentelle, y compris mais non exclusivement, par transmission sexuelle ou par injection intraveineuse de drogues.

EXCLUSION RELATIVE À L'ÉTAT DE SANTÉ ANTÉRIEUR

Comme il est stipulé dans la présente disposition, l'état de santé antérieur signifie une maladie ou une chirurgie couverte :

- a) qui a été contractée par le conjoint ou dont il a souffert; ou

RÉGIME K – ASSURANCE MALADIE GRAVE DU CONJOINT (suite)

- b) dont les symptômes ont amené le conjoint à subir un traitement donné par un médecin; ou
- c) dont les symptômes ont été analysés ou examinés par un médecin; ou
- d) pour lesquelles le conjoint a pris des médicaments, tels que prescrits par un médecin,

au cours de la période de 24 mois précédant la date à laquelle le conjoint était couvert par la présente garantie.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour une maladie ou une chirurgie couverte qui

- a) découle directement ou indirectement d'un état de santé antérieur ou est liée ou est attribuable, d'une quelconque façon ou à un quelconque degré, à un état de santé antérieur; et
- b) a débuté au cours des 24 premiers mois suivant la prise d'effet de la protection du conjoint en vertu de la présente garantie.

RESTRICTION

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour une intervention chirurgicale couverte, mais pratiquée à l'extérieur du Canada.

EXCLUSIONS

Aucun montant n'est versé en vertu de la présente garantie si la maladie ou la chirurgie résulte directement ou indirectement :

- a) d'un suicide ou d'une tentative de suicide ou de toute blessure que le conjoint s'inflige volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- b) d'un acte criminel que le conjoint a commis ou tenté de commettre, ou de la provocation d'une agression;
- c) de toute agitation civile, insurrection ou guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;

RÉGIME K – ASSURANCE MALADIE GRAVE DU CONJOINT (suite)

- d) de la consommation de drogues, de substances toxiques ou de stupéfiants, sauf s'ils sont prescrits et administrés par un médecin autorisé, ou conformément à ses directives;
- e) de la consommation excessive d'alcool;
- f) de la conduite d'un véhicule motorisé si le conjoint avait, au moment de l'accident en cause, un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise par la loi;
- g) d'un vol à bord d'un aéronef, sauf en qualité de passager et non de pilote, d'exploitant ou de membre de l'équipage sur ou à bord de quelque aéronef, à condition i) qu'il s'agisse d'un vol de transporteur aérien régulier à horaire fixe, ii) que l'aéronef soit muni d'un certificat de navigabilité et qu'il soit piloté par une personne qui détient un permis de vol à jour et valide faisant foi de ses compétences et l'autorisant à piloter l'aéronef et iii) que l'aéronef ne soit pas la propriété du titulaire de la police ou de l'employeur du participant et ne soit ni exploité, ni nolisé ou loué par ce titulaire ou employeur; ou
- h) de la participation
 - i) à des activités sous-marines, y compris, mais non exclusivement, la plongée en scaphandre autonome et la plongée en apnée;
 - ii) à des vols en deltaplaneur;
 - iii) à des sauts en parachute; et
 - iv) à des courses en véhicule motorisé ou à des concours de vitesse, sur terre comme sur l'eau.

De plus, aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie si la maladie couverte ou la chirurgie résulte directement de toute forme de cancer ou de tumeur cérébrale bénigne, si durant la période moratoire, telle que décrite aux sections Cancer (avec risque de décès à court terme) et Tumeur cérébrale bénigne,

- a) un diagnostic de quelque forme de cancer ou de tumeur cérébrale a été établi à l'endroit du conjoint, ou
- b) s'il a présenté des signes ou symptômes ou a eu une consultation médicale ou des tests qui ont mené au diagnostic d'un cancer ou d'une tumeur cérébrale.

RÉGIME K – ASSURANCE MALADIE GRAVE DU CONJOINT (suite)

PREUVES ET EXAMENS

Les preuves de perte doivent être présentées à l'assureur dans les 90 jours de la date de la perte, à défaut de quoi aucune prestation n'est payable.

L'assureur a le droit de faire examiner la personne assurée et, s'il y a lieu, de faire procéder à une autopsie dans les limites permises par la loi.

RÉGIME L – ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Lorsqu'un participant engage des frais couverts par la présente garantie, l'assureur rembourse ces frais selon les modalités prévues ci-après.

Les frais couverts en vertu de la présente garantie sont ceux qui s'appliquent à des services rendus par un chirurgien dentiste légalement reconnu ou par un denturologiste légalement autorisé et correspondent aux frais réellement engagés par le participant jusqu'à concurrence des montants prévus au guide des tarifs des actes bucco-dentaires destiné au praticien généraliste approuvé par l'Association des chirurgiens dentistes de la province de résidence de la personne assurée et pour l'année au cours de laquelle les soins sont reçus.

Les frais admissibles de laboratoire sont limités à 50 % des honoraires prévus pour l'acte bucco-dentaire concerné.

Les services doivent être reçus alors que la police collective est en vigueur.

Aussi, la protection demandée (individuelle, familiale, monoparentale ou couple) doit être la même que celle pour le régime A.

Aux fins d'application de la présente garantie, toutes les personnes assurées sont considérées comme étant couvertes en vertu de la loi sur l'assurance maladie de leur province de résidence et, en aucun temps, les sommes versées par l'assureur ne dépasseront celles qui l'auraient été si la personne assurée avait été couverte en vertu de cette loi.

FRAIS COUVERTS

Diagnostic et prévention

- a) Diagnostic
 - i) Examen buccal clinique
 - examen pour les enfants de moins de 10 ans non remboursable par le régime public de l'assurance maladie du Québec : un examen par période de 12 mois
 - examen de rappel ou périodique : un examen par période de 6 mois
 - examen complet : un examen par période de 36 mois

RÉGIME L – ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

- examen parodontal complet : un examen par période de 36 mois
 - examen d'urgence : 2 examens par année civile
 - examen d'un aspect particulier : 2 examens par année civile
- (un seul examen de rappel, périodique ou complet, par période de 6 mois consécutifs est couvert.)

ii) Radiographies

- film intra-oral
 - pellicule périapicale
 - pellicule occlusale
 - pellicule interproximale
- film extra-oral
 - pellicule extra-orale
 - examen des sinus
 - sialographie
 - utilisation d'une substance radiopaque pour démontrer les lésions
 - articulation temporo mandibulaire
 - pellicule panoramique : une pellicule par période de 36 mois
- film céphalométrique
 - interprétation de radiographies provenant d'une autre source : un film par année civile
 - duplicata de radiographie : 2 duplicatas par année civile

iii) Tests et examens de laboratoire

- cultures bactériologiques pour la détermination d'agents pathologiques

iv) Biopsie de tissu mou et de tissu dur

v) Tests cytologiques

- frottis cytologiques de la cavité buccale

RÉGIME L – ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

- coloration des muqueuses buccales à des fins diagnostiques
- vi) Modèles de diagnostic
- non montés
 - montés
 - montés sur articulateur ajustable
 - cirage diagnostique (est exclu si associé à un traitement de restauration)
- b) Prévention et appareil de maintien
- i) Prévention
- polissage de la partie coronaire des dents : une fois par période de 6 mois
 - dentition primaire
 - dentition mixte
 - dentition permanente
 - détartrage : une fois par période de 6 mois
 - application topique de fluorure : une fois par période de 6 mois (seuls les enfants de moins de 14 ans sont couverts)
 - analyse de la diète et recommandations : une fois à vie
 - instruction d'hygiène buccale : une fois à vie
 - reprise des soins d'hygiène buccale : une fois à vie
 - programme de contrôle de la plaque dentaire : 5 fois par année civile
 - finition d'une obturation
 - scellants des puits et fissures : seulement sur les dents postérieures permanentes des enfants âgés de moins de 14 ans et une fois par période de 36 mois pour une même dent
 - meulage interproximal : 2 fois par année civile (seuls les enfants de moins de 14 ans sont couverts)

RÉGIME L – ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

- odontotomie prophylactique (est inclus dans les scellants de puits et fissures si fait lors de la même séance)
- ii) Appareils de maintien
 - arc lingual soudé (bilatéral)
 - pontiques attachés à un arc lingual pour remplacer des incisives absentes
 - arc lingual amovible - arc d'Ellis
 - couronne en acier ou bague
 - sur bague, unilatéral
 - avec attachement unilatéral
 - couronne en acier avec attachement intra-alvéolaire
 - appareil de maintien
 - amovible en acrylique
 - amovible en acrylique avec dents
 - pontique avec acide liant(une fois par période de 24 mois pour une même dent remplacée - seuls les enfants de moins de 14 ans sont couverts)

Soins dentaires de base

- a) Restauration mineure
 - i) Pansement sédatif
 - ii) Pansement sédatif et utilisation d'une bande pour la rétention et le support
 - iii) Meulage et polissage d'une dent traumatisée
 - iv) Restauration en amalgame conventionnel
 - v) Restauration en amalgame lié par mordançage
 - vi) Restauration en composite (l'équivalent de l'amalgame est remboursé lorsqu'une restauration en composite est réclamée sur les molaires)

RÉGIME L – ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

- vii) Facette fabriquée au fauteuil : une fois par période de 60 mois pour une même dent
 - viii) Tenons pour restauration
 - ix) Une même surface ou classe sur une même dent est remboursée une fois par période de 12 mois
- b) Endodontie
- i) Urgence endodontique
 - pulpotomie
 - pulpectomie
 - pulpectomie sur dents primaires
 - pulpectomie sur antérieures et pré-molaires permanentes
 - pulpectomie sur molaires permanentes
 - ouverture et drainage (procédure d'urgence séparée)
 - ouverture à travers une couronne en métal ou en porcelaine
 - ii) Traumatisme endodontique
 - meulage sélectif pour soulager une occlusion traumatique, acte distinct
 - réimplantation d'une dent avulsée
 - reposition d'une dent déplacée par traumatisme
 - iii) Traitement endodontique général
 - préparation de la dent en vue d'un traitement
 - traitement de canal
 - 1 canal
 - 2 canaux
 - 3 canaux
 - 4 canaux
 - retraitement de canal

RÉGIME L – ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

- iv) Apexification
 - 1 canal
 - 2 canaux
 - 3 canaux
- v) Chirurgie endodontique
 - apectomie
 - obturation rétrograde (acte distinct du traitement de canal)
 - amputation de racine
 - hémisection
 - réimplantation intentionnelle
 - stabilisateur endodontique intra-osseux
- c) Parodontie
 - i) Soins des infections aiguës et autres lésions
 - ii) Application d'agent désensibilisant
 - iii) Chirurgie parodontale (sauf régénération du parodonte selon la méthode guidée)
(une fois par année civile pour une même dent)
 - iv) Jumelages (sauf jumelage avec treillis de type Maryland)
 - v) Occlusion
 - équilibration mineure : 3 fois par année civile
 - équilibration majeure : une fois par année civile
 - vi) Appareils parodontaux : une fois par période de 60 mois
 - réparation, ajustement ou entretien : une fois par période de 12 mois
 - rebasage (appareils parodontaux - Bruxisme)
 - vii) Irrigation des poches parodontales

RÉGIME L – ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

- d) Rebasage, regarnissage et réparation de prothèse amovible
 - i) Réparations avec ou sans empreinte
 - ii) Ajouts de structure à un partiel
 - iii) Rebasage, regarnissage
 - iv) Garnissage temporaire thérapeutique
 - v) Remplacement des dents d'une prothèse
 - vi) Obturateur palatin
 - vii) Récupération de la hauteur verticale
 - viii) Remontage et équilibrage de prothèses complètes ou partielles : une fois par période de 60 mois

- e) Réparations de pont fixe et de couronne
 - i) Réparations de pont fixe (sauf l'ablation d'un pont devant être remplacé, par unité de pilier)
 - ii) Réparation d'une couronne

- f) Chirurgie buccale
 - i) Ablation de dents ayant fait éruption sans complication
 - ii) Ablations chirurgicales complexes, dents ayant fait éruption, dents incluses et racine
 - acceptation de la demande par l'assureur avec radiographie à l'appui
 - iii) Alvéolectomie
 - iv) Alvéoloplastie
 - v) Ostéoplastie
 - vi) Tubéroplastie
 - vii) Ablation de tissu hyperplasique
 - viii) Ablation de surplus de muqueuse

RÉGIME L – ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

- ix) Extension des replis muqueux
 - x) Ablation de tumeurs ou de kystes
 - xi) Incision et drainage
 - xii) Réduction de fracture
 - xiii) Frénectomie
 - xiv) Dislocation de la mandibule
 - xv) Traitement des glandes salivaires
 - xvi) Récupération d'une racine dentaire ou d'un corps étranger dans l'antrum
 - xvii) Lavage de l'antrum
 - xviii) Fermeture d'une fistule oro-antrale
 - xix) Contrôle d'hémorragie
 - xx) Traitement post-chirurgical
 - xxi) Réparation d'une lacération de tissu mou
 - xxii) Lacération de part en part
- g) Services généraux complémentaires
- i) Anesthésie locale
 - ii) Anesthésie générale (coût de l'anesthésique seulement)
 - iii) Travaux de laboratoire : les frais admissibles sont limités à 50 % des honoraires du dentiste pour le code concerné

Restauration majeure

- a) Restauration majeure et prothèse fixe
 - i) Aurifications : une fois par période de 60 mois pour une même dent

RÉGIME L – ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

- ii) Incrustations : une fois par période de 60 mois pour une même dent :
 - en métal
 - tenons de rétention dans l'incrustation
 - en porcelaine ou en résine
- iii) Jumelage avec treillis de type Maryland : une fois par période de 60 mois pour une même dent
- iv) Couronnes : une fois par période de 12 mois pour une même dent :
 - en acier inoxydable préfabriquée
 - en polycarbonate ou autre matériel similaire
- v) Couronnes individuelles
 - acrylique cuit
 - métal et acrylique ou acrylique sur métal
 - intermédiaire de transition (lorsque mise en bouche par un dentiste différent et non partenaire de celui qui a mis en bouche la couronne permanente)
 - porcelaine ou céramique
 - porcelaine métal
 - métal précieux ou non (couronne complète)
 - couronne 3/4, porcelaine, céramique, résine ou métal (précieux ou non)
- vi) Corps coulé
- vii) Facette fabriquée en laboratoire sur antérieures et prémolaires : une fois par période de 60 mois pour une même dent
- viii) Autres services
 - recimentation d'incrustation, de couronne, de facette, de pivot ou de fragment de dent brisée : 2 fois par année civile pour une même dent

RÉGIME L – ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

- ix) Pivot préfabriqué
 - x) Reconstitution d'une dent (pour bâtir un moignon) en prévision d'une couronne
- b) Prothèses amovibles
- i) Prothèses complètes
 - prothèses complètes *
 - prothèses immédiates
 - prothèses immédiates de transition
 - prothèses hybrides *
 - ii) Prothèses partielles amovibles
 - prothèses partielles immédiates ou permanentes seulement
 - prothèses partielles avec base coulée *
 - prothèses partielles avec attaches de précision
 - prothèses partielles coulées de type semi-précision
 - prothèses partielles, réfection
 - ajustements d'une prothèse

** Les prothèses équilibrées sont remboursées sur la base des prothèses standard équivalentes.*
 - iii) Supplément pour une restauration
- c) Pont fixe
- i) Pontique, sauf acrylique fabriqué durant la guérison (de transition) et acrylique temporaire, acide-liant aux dents adjacentes
 - ii) Pont Papillon (Maryland, Rochette ou autre)
 - iii) Appui métallique servant d'attache au pont Monarch, par pilier
 - iv) Pont Californien

RÉGIME L – ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

- v) Piliers (Sauf acrylique fabriqué durant la guérison (de transition) et barre de rétention par des vis aux implants pour recevoir la prothèse)
- vi) Piliers, incrustation
 - métal
 - porcelaine, céramique ou résine
- vii) Autres services de prothèse
 - attache de précision
- viii) Tenons de rétention pour couronnes ou piliers
- ix) Supplément pour la fabrication d'une couronne, sous le crochet d'une prothèse partielle existante

L'installation initiale des prothèses amovibles ou fixes est couverte à la condition d'être requise à la suite de l'extraction de dents alors que la personne assurée était couverte en vertu de la présente garantie ou d'une garantie similaire.

RESTRICTIONS

Lorsque dans le guide des tarifs des actes bucco-dentaires destiné au praticien généraliste approuvé par l'Association des chirurgiens dentistes de la province de résidence de la personne assurée le mot sextant ou quadrant est employé dans la description d'un traitement, le ou les codes correspondant à ce traitement sont limités à 6 sextants ou 4 quadrants, selon le cas, par année civile, par personne assurée.

Lorsqu'une prothèse (couronne individuelle, corps coulé, pivot préfabriqué, prothèse amovible et pont fixe) a été sujette à prestations, aucune prothèse de remplacement n'est sujette à prestations si elle est posée dans les 60 mois de l'installation de la précédente. Cependant, une prothèse amovible permanente, partielle ou complète est remboursable si elle remplace une prothèse amovible de transition, (partielle ou complète) et que son remplacement s'effectue à l'intérieur d'un délai de 6 mois suivant la date d'installation de la prothèse de transition.

RÉGIME L – ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

AUTRE PROGRAMME DE TRAITEMENT

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

DÉLAI DE PRÉSENTATION DES DEMANDES DE PRESTATIONS

Toute demande de prestations doit être présentée dans les 12 mois suivant la date à laquelle les frais couverts ont été engagés sans quoi elle n'engage pas l'assureur.

EXCLUSIONS

- a) les services ou fournitures qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées;
- b) les frais que la personne assurée n'aurait pas eu à assumer si elle n'avait pas été assurée, qu'elle n'est pas tenue de payer ou qu'elle ne serait pas tenue de payer si elle s'était prévalu des dispositions de tout régime public d'assurance ou de sécurité sociale ou programme gouvernemental auquel elle pouvait être admissible;
- c) les frais effectivement payés en vertu d'un régime public d'assurance ou de sécurité sociale, d'un programme gouvernemental, d'une loi ou de tout règlement ou décret adopté en regard de ces lois, régimes ou programmes y compris les frais qui auraient été payés si le fournisseur des fournitures, soins ou services avait choisi de participer au régime ou programme concerné;
- d) les frais engagés pour des fins esthétiques;
- e) les frais engagés résultant de blessures que la personne assurée s'est volontairement infligées;
- f) les médicaments, produits, appareils, services ou fournitures utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de recherche médicale ou dont l'utilisation n'est pas conforme aux indications approuvées par les

RÉGIME L – ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

autorités compétentes ou, à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant;

- g) les actes, traitements, prothèses de quelque nature que ce soit, reliés à un implant.

PROTECTION MULTIPLE

En aucun cas, l'assureur n'accorde, en tout, plus que les frais réellement engagés, lorsqu'une personne assurée est protégée par une ou plusieurs polices émises par l'assureur. Lorsque des frais font l'objet d'un remboursement en vertu de contrats émis par plusieurs compagnies d'assurance, le remboursement de l'assureur n'excède pas les frais engagés réduits des montants payables en vertu de l'ensemble des autres contrats d'assurance.

COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT

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

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

Pour les participants résidant au Québec et dans les provinces de l'Atlantique

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

Pour les participants résidant en Ontario et dans les provinces de l'Ouest

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

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

COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT

Demandes de règlement pour les garanties d'Assurance revenu et d'Assurance frais de bureau

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

Pour les participants résidant au Québec et dans les provinces de l'Atlantique

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

Pour les participants résidant en Ontario et dans les provinces de l'Ouest

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

AVIS IMPORTANT pour les personnes hospitalisées hors du Canada

La personne assurée est tenue de communiquer avec le fournisseur du service d'assistance médicale de l'Industrielle Alliance aussitôt qu'elle est raisonnablement en mesure de le faire après le début de son hospitalisation, sans quoi l'Industrielle Alliance peut refuser la demande de règlement de la personne assurée ou y apporter des limitations.

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

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'Industrielle Alliance tient à protéger la confidentialité des renseignements personnels obtenus sur tout participant et ses personnes à charge dans le cadre de services fournis en vertu du régime collectif établi pour le titulaire de la police. L'Industrielle Alliance reconnaît et respecte le droit de toute personne à sa vie privée et à la confidentialité des renseignements qui la concernent.

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

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

À l'Industrielle Alliance, les renseignements personnels recueillis sont utilisés dans le cadre de services administratifs exigés par le régime collectif. Ces services administratifs comprennent notamment :

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

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

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

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

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

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