



ASSURANCE
COLLECTIVE

VOTRE LIVRET D'ASSURANCE COLLECTIVE



RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE
pour les employés de
L'INDUSTRIE DE LA SERRURERIE
ET LA MENUISERIE MÉTALLIQUE
DE LA RÉGION DE MONTRÉAL

Tous les employés actifs



RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE

pour
les employés
de

L'INDUSTRIE DE LA SERRURERIE ET LA MENUISERIE MÉTALLIQUE DE LA RÉGION DE MONTRÉAL

N° de police : 552 – C

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

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

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

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

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

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

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

ASSURANCE COLLECTIVE

Régime de sécurité sociale
pour les employés de

**L'INDUSTRIE DE LA SERRURERIE
ET LA MENUISERIE MÉTALLIQUE
DE LA RÉGION DE MONTRÉAL**

Constitué en vertu du décret 790
et amendements

POUR INFORMATION

COMITÉ CONJOINT

835 Montée Masson, bureau 103

Terrebonne, Québec J6W 2C7

Tél. : (450) 492-0688

Sans frais : 1-877-511-8288

Télécopieur : (450) 492-5162

Sans frais : 1-877-682-0821

TABLE DES MATIÈRES

	Page
TABLEAU SOMMAIRE	1
CONDITIONS GÉNÉRALES	11
GARANTIES	
Assurance vie du participant.....	22
Assurance vie des personnes à charge	24
Assurance salaire de courte durée	26
Assurance salaire de longue durée	29
Assurance-médicaments	34
Assurance maladie complémentaire.....	37
Assurance maladie complémentaire - Assistance hors de la province en cas d'urgence.....	49
Soins dentaires	58
Soins préventifs et curatifs	58
Soins majeurs.....	59
COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION	64
COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT.....	65
PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	67
ANNEXE – ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT (établie par iA Marchés spéciaux, une division de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.) (i)	

TABLEAU SOMMAIRE

Ce tableau sommaire décrit brièvement les garanties de votre régime d'assurance collective selon la catégorie de salariés à laquelle vous appartenez. Afin d'obtenir une description complète des garanties, veuillez consulter les pages qui s'y rapportent.

VOTRE ASSURANCE PERSONNELLE

TOUS LES EMPLOYÉS ACTIFS

Assurance vie du participant

Capital assuré : 20 000 \$

Cette garantie se termine à la date de votre retraite.

Assurance sur la vie des personnes à votre charge

Capital assuré

Conjoint	5 000 \$
----------	----------

Chaque enfant âgé de

- | | |
|------------------------|------------|
| • moins de 24 heures : | Sans objet |
| • 24 heures et plus : | 2 500 \$ |

Cette garantie se termine à la date de votre retraite.

Assurance salaire de courte durée

60 % de votre salaire hebdomadaire payé par l'employeur, sans excéder 40 heures par semaine.

Maximum hebdomadaire :

Le montant de la prestation payable est limité au maximum payable en vertu de la Loi sur l'Assurance-emploi, sous réserve d'une prestation minimale de 70 \$.

Délai de carence

Accident :	0 jour
Hospitalisation ⁽¹⁾ :	0 jour
En cas de maladie :	7 jours civils consécutifs

⁽¹⁾ **Chirurgie d'un jour** : Le délai de carence en cas d'hospitalisation s'applique également dans le cas d'un patient admis dans une unité de chirurgie d'un jour, quelle que soit la durée de l'admission. Cette chirurgie doit être consécutive à un accident ou une maladie et être médicalement nécessaire. Cependant, ce délai de carence ne s'applique pas dans le cas d'un patient inscrit à la clinique externe ou à l'urgence.

Période maximale des prestations :

42 semaines

L'Assurance salaire de courte durée ne sera pas payable pour la période de 26 semaines suivant la fin du délai de carence.

Les prestations sont non imposables et payables sur une base de jours civils.

Cette garantie se termine à la date de votre retraite.

Assurance salaire de longue durée

60 % du salaire mensuel de base, le résultat étant arrondi au dollar suivant.

Maximum mensuel : 2 000 \$, sous réserve de toutes réductions applicables.

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

Délai de carence : 42 semaines
Le paiement des prestations débute après la période maximale de prestations prévue en vertu de la garantie d'assurance salaire de courte durée, le cas échéant.

Période maximale de prestations : Jusqu'au 65^e anniversaire de naissance

Les prestations sont non imposables.

Cette garantie se termine à votre 65^e anniversaire de naissance ou à votre retraite, si elle est antérieure.

Assurance médicaments
applicable aux résidents du Québec seulement
(médicaments admissibles selon la liste de la
Régie de l'assurance maladie du Québec)

Contribution maximale d'un participant et de son conjoint au cours d'une année civile :

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

La contribution maximale du participant comprendra également les sommes que celui-ci paie à titre de franchise ou de coassurance pour ses enfants à charge, le cas échéant.

Franchise :

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

Remboursement de l'assureur :

Celui prévu à la garantie d'Assurance maladie complémentaire. Si toutefois le pourcentage remboursé est inférieur à celui prévu par la Loi sur l'assurance médicaments, celui-ci sera établi conformément au pourcentage de remboursement minimal permis.

Si la contribution maximale est atteinte par le participant ou par son conjoint durant une année civile, le pourcentage remboursé par l'assureur s'établit à 100 % pour le reste de l'année civile pour cette personne et, le cas échéant, pour ses enfants à charge.

Terminaison :

Cette garantie se termine à votre 65^e anniversaire de naissance du participant ou à la date de la retraite, si elle est antérieure, sous réserve des DISPOSITIONS PARTICULIÈRES POUR LES PERSONNES ASSURÉES DE 65 ANS ET PLUS prévues dans la présente garantie.

**Assurance maladie complémentaire pour vous
et vos personnes à votre charge**

HOSPITALISATION DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

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

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

Franchise :	Remboursement :	Maximum par personne assurée :
aucune	100 %	1 000 000 \$ par période de 3 années civiles consécutives

TOUS LES AUTRES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA

Franchise :	Aucune
Remboursement :	70 %
Maximum :	Illimité

Cette garantie se termine à la date de votre retraite.

Assurance maladie complémentaire pour vous et les personnes à votre charge (suite)

Frais médicaux

<u>Frais admissibles</u>	<u>Maximum payable</u>
Honoraires d'infirmiers	10 000 \$ par année civile.
Prothèses mammaires externes	2 par année civile.
Soutiens-gorge chirurgicaux	2 par année civile.
Prothèses capillaires	250 \$ à vie.
Injections sclérosantes	20 \$ par visite.
Prothèses auditives	350 \$ par période de 5 ans.
Glucomètre ou réflectomètre	Un appareil par période de 5 ans.
Honoraires d'un audiologiste et d'un orthophoniste	700 \$ par année civile, pour l'ensemble de ces spécialistes. Un traitement par jour.
Honoraires d'un physiothérapeute (incluant un thérapeute en réadaptation physique), d'un chiropraticien, d'un podiatre, d'un naturopathe ou d'un massothérapeute	700 \$ par année civile, par spécialiste. Un traitement par jour.
Honoraires d'un psychologue et d'un psychothérapeute	700 \$ par année civile, combiné. Un traitement par jour.
Radiographies par un chiropraticien	50 \$ par année civile.
Maison de convalescence ou clinique	Chambre semi-privée. Maximum de 60 jours par année civile.
Bas élastiques médicaux	2 paires par année civile.
Frais de laboratoire et de radiographies à des fins de diagnostic	700 \$ par année civile.

**Assurance maladie complémentaire pour vous
et les personnes à votre charge (suite)**

Frais médicaux (suite)

<u>Frais admissibles</u>	<u>Maximum payable</u>
Chaussures orthopédiques (incluant les orthèses et les modifications)	70 % du coût.
Maison de désintoxication	80 \$ par jour, maximum de 2 500 \$ par année civile.
Frais de lunettes ou de lentilles cornéennes :	
• moins de 18 ans	250 \$ par période de 12 mois consécutifs;
• 18 ans et plus	250 \$ par période de 24 mois consécutifs.
	Ces frais ne comportent aucune franchise et sont remboursés à 100 %.
Examen de la vue (pour les personnes âgées de 18 à 64 ans inclusivement)	Un examen par période de 24 mois consécutifs.
	Ces frais ne comportent aucune franchise et sont remboursés à 100 %.

Soins dentaires pour vous-même et les personnes à votre charge

Franchise

- protection individuelle : 50 \$
- protection familiale : 50 \$

Remboursement

- Soins préventifs et curatifs : 80 %
- Soins majeurs : 50 %

Montant maximal annuel pour les soins préventifs, curatifs et majeurs : 1 000 \$ par personne assurée, par année civile

Les frais sont remboursés selon le guide des tarifs des chirurgiens dentistes de l'année courante ou, le cas échéant, selon le Guide des tarifs de l'Association des hygiénistes dentaires de l'année courante, sous réserve de toute limite indiquée à la garantie Assurance soins dentaires. S'il n'y a pas de guide des tarifs pour l'année de référence, l'assureur déterminera la base de remboursement en apportant un ajustement inflationniste au dernier guide en vigueur.

Cette garantie se termine à la date de votre retraite.

CONDITIONS GÉNÉRALES

ADMISSIBILITÉ

Employés assujettis au décret

Ces employés sont admissibles le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel ils comptent le nombre d'heures de travail payées conformément aux procédures adoptées par le Comité Conjoint.

Chaque employé assujetti au décret ne peut avoir droit aux prestations que si son employeur a fait rapport en détail au Comité Conjoint de toutes les heures qu'il a travaillées et a remis au Comité Conjoint ses propres contributions et celles qu'il a déduites du salaire de son employé. Dans le cas contraire, le Comité Conjoint étudiera toute réclamation à son mérite et prendra les décisions que la justice et l'équité lui imposeront.

Employés non assujettis au décret

Le premier jour du mois suivant la date à laquelle le Comité a reçu 12 contributions hebdomadaires.

DEMANDE D'ASSURANCE

Pour faire votre demande d'assurance, vous devez remplir, pour vous-même et, s'il y a lieu, pour les personnes à votre charge, une demande de participation disponible chez votre employeur.

RENSEIGNEMENTS EXIGÉS

Tous les employés assujettis ou non au décret doivent se procurer une carte de renseignements, soit de leur employeur ou de leur syndicat, la remplir et la faire parvenir à l'assureur.

Tous les changements dans les renseignements, y compris tout changement d'état civil, doivent être rapportés à l'assureur.

BÉNÉFICIAIRE

Le bénéficiaire du participant doit être la ou les personnes désignées par le participant, par écrit, pour recevoir la prestation en cas de décès payable en vertu de la garantie d'Assurance vie du participant et, s'il y a lieu, de la garantie d'Assurance décès et mutilation accidentels du participant, de la garantie d'Assurance vie facultative du participant et de la garantie d'Assurance facultative de décès et mutilation accidentels du participant. Si le participant ne désigne aucun bénéficiaire, toute prestation en cas de décès, qui devient payable en vertu des garanties susmentionnées, est versée à sa succession.

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

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

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

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

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

PERSONNES À CHARGE

Le conjoint du participant ou les enfants du participant ou de son conjoint, résidant au Canada. Lorsque l'assurance couvre les personnes à charge, les termes «conjoint» et «enfant» sont définis ainsi :

Conjoint

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

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

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

Enfant

Tout enfant non marié du participant ou de son conjoint, qui s'en remet entièrement au participant pour sa subsistance et son entretien et remplit au moins une des conditions suivantes :

- i) Être âgé de moins de 21 ans; ou
- ii) Être âgé de moins de 26 ans et fréquenter à temps plein une institution d'enseignement reconnue; ou
- iii) Avoir un handicap mental ou physique et être incapable de gagner sa vie en raison de ce handicap, pourvu que le handicap en question se soit déclaré lorsqu'il était enfant tel que défini en vertu de i) ou ii).

CONTRIBUTIONS

Chaque employé assujéti au décret n° 790 est requis de contribuer le montant établi par ce décret et modifié par règlement de temps en temps pour chaque heure de travail accomplie. Chaque employeur est requis de contribuer le montant établi par le décret et modifié par règlement de temps en temps pour chaque heure de travail accomplie, pour chacun de ses employés assujettis au décret 790. Les contributions des employés sont retenues sur leur salaire par l'employeur et remises avec les contributions de l'employeur au Comité Conjoint des Matériaux de Construction.

Pour les employés permanents et réguliers non assujettis au décret et au service des employeurs assujettis et participant au régime, les employeurs et les employés contribueront au total chaque semaine une somme établie et publiée par le Comité Conjoint des Matériaux de Construction, basée sur la contribution pour l'employé assujetti multipliée par 40 heures par semaine, plus les frais d'administration appropriés établis par le Comité.

Ces contributions sont employées pour acquitter les primes payables en vertu du contrat d'assurance afin de fournir les prestations payables en vertu du régime et défrayer les frais d'administration.

ADMINISTRATION

Le Comité Conjoint des Matériaux de Construction perçoit les contributions des employeurs et des employés et il est aussi tenu en vertu de la Loi de percevoir les taxes de vente sur ces contributions et d'en faire la remise aux organismes gouvernementaux concernés.

Un Sous-comité de sécurité sociale composé d'un nombre égal de représentants des employeurs et des employés a été nommé par le Comité Conjoint des Matériaux de Construction pour administrer le régime.

INCONTESTABILITÉ

Si l'assureur exige des preuves d'assurabilité pour accepter

- a) l'assurance ou une garantie pour un participant ou une personne à charge; ou
- b) l'augmentation, l'ajout ou la modification de l'assurance ou d'une garantie pour un participant ou une personne à charge;

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

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

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

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

ASSURANCE CHEZ UN TIERS

Un participant admissible à la garantie Assurance maladie complémentaire ou à la garantie Assurance soins dentaires peut renoncer à ces garanties s'il bénéficie d'une couverture comparable au terme du présent régime ou d'un autre régime.

Le refus d'adhérer à ces garanties peut être à l'égard du participant et de ses personnes à charge ou de ses personnes à charge uniquement.

Si l'autre couverture comparable prend fin, une demande peut être faite afin d'assurer, en vertu de la police collective, les personnes dont la couverture a pris fin.

La demande doit être faite dans les 31 jours suivant la cessation de la couverture comparable et la couverture prévue par la police collective entrera en vigueur le jour suivant la date de cessation de la couverture comparable.

CONTINUITÉ ET FIN DE L'ASSURANCE

Employés assujettis au décret

Chaque employé reçoit un crédit d'une heure pour chaque heure de travail pour laquelle des contributions sont effectuées au régime de sécurité sociale.

À la fin de chaque mois, des heures d'assurance seront déduites des crédits de chaque employé, selon le nombre d'heures établi et publié par le Comité en vertu du décret et modifié au besoin selon les coûts du régime de sécurité sociale.

Chaque employé demeure assuré aussi longtemps qu'il travaille le nombre minimum d'heures requises afin de demeurer assuré, selon le tableau publié par le Comité. Toutefois, si durant un mois, un employé n'atteint pas ce minimum, son assurance se terminera à la fin de ce mois à moins qu'il n'ait accumulé à son crédit à la fin du mois le nombre minimum d'heures de travail requises afin de demeurer assuré, selon le tableau publié par le Comité. Dans

ce cas, l'employé demeure assuré pour la période indiquée dans ce tableau relative au nombre d'heures de travail à son crédit.

Le crédit d'un employé est égal au total accumulé des heures contributives de travail moins les heures requises selon le tableau publié par le Comité afin d'assurer l'employé pour chaque mois pendant lequel il est protégé par le régime.

Employés assujettis ou non au décret

a) Prolongation volontaire de l'assurance

À la terminaison de son assurance, l'employé aura le droit de prolonger son assurance, sauf l'assurance salaire, pour une période de 6 mois, incluant un maximum de 3 mois provenant de la banque d'heures, pourvu que :

- i) à la date de sa demande de prolongation d'assurance, il soit assuré en vertu de la présente police;
- ii) la prime mensuelle soit versée à l'assureur pour chaque mois d'assurance.

b) Prolongation de l'assurance sans paiement des primes

De plus, l'assurance d'un employé qui reçoit des prestations d'assurance salaire en vertu du présent contrat ou des prestations d'invalidité en vertu de la Loi sur les accidents du travail, ou de la Loi sur l'assurance-emploi ou d'une loi provinciale sur l'assurance automobile, demeure en vigueur pour la période durant laquelle il reçoit ces prestations, sans toutefois excéder une période maximale de 104 semaines. Le paiement des primes de toutes les garanties est suspendu pendant la période durant laquelle l'employé reçoit l'une ou l'autre de ces prestations.

RÉCLAMATIONS

Lorsque l'employé ou une personne à charge est en droit de présenter une réclamation en vertu du régime, l'employé devra compléter un formulaire de réclamation qu'il pourra obtenir, soit de l'employeur ou du syndicat, à l'adresse indiquée à la page couverture. Il devra aussi demander au médecin traitant de remplir la section appropriée de ce formulaire. En cas de réclamation d'assurance salaire, l'employé devra en plus obtenir une attestation de son employeur. Le réclamant est prié de joindre tous les reçus et factures au

formulaire de réclamation et d'attestation, si nécessaire, et de poster ces documents à l'assureur.

CERTIFICAT INDIVIDUEL

Le titulaire établit un certificat individuel de participation qu'il remet à chaque participant.

Ce certificat ne confère aucun droit contractuel et, en cas de conflit, les conditions du contrat prévalent.

MODIFICATION AUX RÉGIMES GOUVERNEMENTAUX

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

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

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

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

DEMANDE DE RÈGLEMENT ET DÉLAI

♦ **Assurance maladie complémentaire et Assurance soins dentaires :**

Toute demande de règlement d'Assurance maladie complémentaire ou d'Assurance soins dentaires doit être reçue par l'assureur dans les 15 mois suivant la date de survenance du sinistre donnant droit à une prestation.

Cependant, si la police collective prend fin, une demande de règlement d'Assurance maladie complémentaire ou d'Assurance soins dentaires doit être soumise à l'assureur dans les 90 jours suivant la date de résiliation de la police.

♦ **Autres garanties :**

Toute demande de règlement doit être faite sur les formulaires fournis à cet effet par l'assureur dans les 31 jours du sinistre ouvrant droit à des prestations ou dans les 31 jours suivant la fin de l'assurance-emploi si l'employé est éligible à l'assurance-emploi.

Des preuves écrites satisfaisantes du sinistre ouvrant droit à des prestations doivent parvenir à l'assureur dans les 90 jours suivant immédiatement la date à laquelle des prestations sont payables. Toutefois, l'assureur se réserve le droit d'exiger des preuves ou renseignements additionnels aussi souvent qu'il le juge nécessaire et de faire examiner la personne assurée par un médecin de son choix.

Si la demande est soumise après ce délai de 90 jours et pendant que le contrat est en vigueur, la responsabilité de l'assureur se limite à la période de 90 jours précédant la date de réception de toute demande écrite.

Nonobstant toute stipulation à effet contraire, lors d'une résiliation de contrat, toute demande de prestations d'assurance salaire doit être soumise à l'assureur dans les 6 mois suivant le début de l'invalidité, et toute autre demande de prestations d'assurance doit être soumise dans les 90 jours suivant la date de résiliation du contrat.

L'assureur entreprendra toute action nécessaire afin de repérer les demandes de règlement frauduleuses et de mener des enquêtes sur celles-ci en vertu de la police collective.

Un participant commet un crime s'il présente, en connaissance de cause et de façon intentionnelle, une demande de règlement qui contient de l'information erronée, incomplète ou trompeuse et avec l'intention de frauder l'assureur et le régime collectif.

L'assureur conserve le droit de vérifier les demandes de règlement à toute étape, et ce, même après avoir effectué le paiement, lorsqu'il soupçonne qu'une fraude a été commise ou qu'une fausse déclaration a été faite. Si l'assureur établit qu'un participant a, de façon intentionnelle, présenté une demande qui contient de l'information erronée ou trompeuse, l'assureur a le droit, à sa seule discrétion, d'en aviser le titulaire de la police, de refuser la demande de règlement ou d'exiger un remboursement si la demande a déjà fait l'objet d'un paiement. De plus, l'assureur aura le droit de mettre fin à la couverture complète du participant en vertu de la police, y compris de mettre fin à toute couverture souscrite pour les personnes à charge du participant, et l'assureur se réserve le droit de poursuivre en justice le participant conformément aux lois provinciales ou fédérales.

SUBROGATION

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

Sans limiter la généralité de cette disposition, le terme «dommages-intérêts» comprend toute somme forfaitaire ou tout paiement périodique reçu en contrepartie de : i) toute perte de revenus passée, présente ou future; et ii) de toutes autres prestations payables par ailleurs en vertu de la police collective. Le participant ou la personne à charge devra rembourser à l'assureur la somme équivalant aux prestations payées ou payables par ailleurs à l'avenir en vertu de la police collective à même les dommages-intérêts obtenus en première instance ou avant le procès par quelque forme de règlement que ce soit, que le participant ou la personne à charge ait été pleinement indemnisé ou non pour sa perte.

Si le participant ou la personne à charge touche des dommages-intérêts en une somme forfaitaire, que ce soit sous forme de règlement ou par ordonnance du tribunal, et que rien n'a été prévu dans le règlement quant aux prestations payées ou payables par l'assureur, l'assureur se fera rembourser, à même les dommages-intérêts obtenus, le montant de toute prestation qui a été payée au participant ou à la personne à charge. De plus, l'assureur a le droit de se faire rembourser un montant, déterminé par l'assureur, qui reflète raisonnablement la valeur des prestations qui seraient payables au participant ou à la personne à charge en vertu de la police collective. Le montant récupéré par l'assureur à cet égard ne doit pas dépasser le montant des dommages-

intérêts ou du règlement obtenu par le participant ou la personne à charge. Ce droit de remboursement s'applique quelles que soient les dispositions du règlement ou de l'allocation convenue entre le participant ou la personne à charge et le tiers ou autrement attribuée.

Si le participant ou la personne à charge omet de rembourser l'assureur conformément à la police collective, l'assureur cessera de verser des prestations jusqu'à ce qu'il ait récupéré : a) le montant total des prestations payées au participant ou à la personne à charge; et b) un montant, déterminé par l'assureur, qui reflète raisonnablement le montant total ou la valeur des prestations qui seraient payables au participant ou à la personne à charge. Le montant récupéré par l'assureur à cet égard ne doit pas dépasser le montant des dommages-intérêts ou du règlement obtenu par le participant ou la personne à charge. L'assureur aura également le droit de réclamer directement du participant ou de la personne à charge toute somme payée en trop, faute de remboursement.

Le participant doit aviser l'assureur aussitôt qu'une action comportant une réclamation en dommages-intérêts contre un tiers est intentée par lui ou par une personne à sa charge. Le participant ou la personne à charge doit informer l'assureur de tout jugement ou règlement à l'issue d'une réclamation en dommages-intérêts contre un tiers et lui fournir des copies de tous les documents pertinents, de toute procédure écrite et de tout sommaire. Le participant ou la personne à charge doit veiller à ce que le droit de subrogation de l'assureur soit mentionné dans tout recours contre un tiers et doit donner à son avocat l'instruction de collaborer entièrement avec l'assureur. L'assureur ne peut être tenu responsable des frais juridiques ou des frais en ce qui concerne l'avancement de son recours subrogatoire à moins qu'il ait expressément accepté ces frais et dépenses par écrit à l'avance. L'assureur se réserve le droit de retenir les services d'un avocat et d'exercer son droit de subrogation contre le tiers et, à cet égard, le participant ou la personne à charge et son avocat doivent accorder leur entière collaboration à l'assureur dans le cadre de son recours.

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

RESTRICTIONS RELATIVES AUX ACTIONS EN JUSTICE

Aucune action ni procédure judiciaire visant l'assureur ne peut être déposée dans les 60 jours qui suivent immédiatement la date à laquelle une preuve écrite de demande de règlement est transmise à l'assureur conformément aux conditions et modalités de la police collective.

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

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

CAPITAL ASSURÉ

À votre décès, le capital assuré indiqué au Tableau sommaire est versé à votre bénéficiaire.

DROIT DE TRANSFORMATION

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

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

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

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

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

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

- a) du montant choisi par le participant;
- b) du montant pour lequel le participant était assuré immédiatement avant la fin de son assurance;

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

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

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

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

PROLONGATION D'ASSURANCE VIE SANS PAIEMENT DE PRIME

Si vous quittez votre emploi et êtes âgé de moins de 65 ans, votre assurance vie est prolongée, sans paiement de prime, jusqu'au 31^e jour qui suit la date de cessation d'emploi.

EXONÉRATION DES PRIMES

Si vous devenez invalide, vous êtes admissible à l'exonération des primes en vertu de la présente garantie si vous répondez à chacune des conditions suivantes :

- a) être âgé de moins de 65 ans à la date du début de votre invalidité;
- b) être devenu invalide avant la cessation de votre emploi alors que vous étiez assuré en vertu de la présente garantie;
- c) être invalide depuis au moins 6 mois au moment de fournir la preuve de votre invalidité; cette preuve doit être considérée comme satisfaisante par l'assureur et doit lui être remise dans les 9 mois qui suivent la date du début de votre invalidité et ce, sans aucuns frais de la part de l'assureur.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

CAPITAL ASSURÉ

Le capital assuré qui vous est versé au décès d'une personne à charge assurée est indiqué au Tableau sommaire.

EXONÉRATION DES PRIMES

Aussi longtemps que vous demeurez admissible à l'exonération des primes en vertu de votre garantie d'assurance vie, vous êtes admissible à l'exonération des primes de la présente garantie, sous réserve des mêmes conditions.

DROIT DE TRANSFORMATION

Un participant dont l'assurance vie du conjoint est résiliée (i) avant ou au moment de son 65^e anniversaire de naissance ou (ii) avant ou au moment du 65^e anniversaire de naissance de son conjoint, selon le premier des deux événements, en raison de la terminaison de :

- a) son emploi;
- b) son appartenance au groupe; ou
- c) sa police collective et dont le conjoint n'a cessé d'être assuré par la garantie d'Assurance vie des personnes à charge offerte par le titulaire de la police collective depuis au moins 5 ans,

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

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

Le participant ou le conjoint, le cas échéant, pourra transformer son assurance vie en un des types d'assurance suivants :

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

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

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

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

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

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

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

OBJET DE LA GARANTIE

Si vous êtes incapable, par suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle, de remplir toutes les fonctions de votre travail régulier et si vous ne touchez aucune rémunération provenant directement ou indirectement d'un emploi et que votre état de santé nécessite des soins réguliers et satisfaisants effectivement donnés par un médecin, la prestation hebdomadaire indiquée au Tableau sommaire vous sera versée après l'expiration du délai de carence.

De plus, advenant une cure de désintoxication pour alcoolisme ou toxicomanie, les prestations seront versées pendant la durée du séjour, selon les modalités prévues pour une absence due à une maladie et dès la première semaine d'absence si vous complétez la cure recommandée.

MODALITÉS DE LA PRESTATION

Début de la prestation

Le paiement de la prestation commence après l'expiration du délai de carence indiqué au Tableau sommaire.

Montant de la prestation

Le montant de la prestation payable en vertu de la présente garantie est calculé selon la formule établie au Tableau sommaire et est limité au montant maximal indiqué à ce même tableau.

Cessation de la prestation

Les versements de la prestation cessent à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle se termine la période maximale des prestations indiquée au Tableau sommaire;
- b) la date à laquelle vous cessez d'être invalide;

- c) la date à laquelle vous atteignez l'âge de cessation indiqué au Tableau sommaire;
- d) la date à laquelle vous prenez votre retraite;
- e) la date de votre décès;
- f) la date à laquelle vous omettez de vous faire examiner par le médecin désigné par l'assureur;
- g) la date à laquelle vous omettez de soumettre les preuves demandées par l'assureur;
- h) la date à laquelle vous exercez une occupation rémunératrice.

PÉRIODES SUCCESSIVES D'INVALIDITÉ

Si vous avez effectivement repris votre travail et redevenez invalide avant qu'une période de 15 jours consécutifs se soit écoulée et que votre invalidité soit attribuable à la même cause que celle de votre invalidité antérieure ou à des causes connexes, l'invalidité est considérée comme la continuation de l'invalidité antérieure à condition que vous n'ayez pas droit à des prestations mensuelles d'invalidité.

Cependant, si vous reprenez effectivement le travail et redevenez invalide à la suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle n'ayant aucun rapport avec la cause de l'invalidité antérieure, l'invalidité est considérée comme une nouvelle invalidité et un nouveau délai de carence est imposé.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

- a) Aucune prestation hebdomadaire ne sera payable pour toute blessure accidentelle ou maladie pour laquelle une prestation est payable ou serait payable si vous aviez fait une demande satisfaisante en vertu de toute loi sur les accidents du travail ou de toute loi similaire.
- b) La prestation hebdomadaire sera réduite de toute prestation payable en vertu de la loi d'indemnisation des victimes d'actes criminels, de la loi de l'assurance automobile du Québec ou par toute autre loi ou régime public similaire, et de 85 % de toute prestation payable par la Régie des rentes du Québec ou par le Régime de pensions du Canada, sans tenir compte des revalorisations subséquentes accordées par ces dites rentes publiques.

c) Aucune prestation hebdomadaire n'est payable :

- i) Durant toute période durant laquelle le participant reçoit des prestations de maladie de l'Assurance emploi;
- ii) Durant tout congé pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou au cours de tout congé pris en accord avec l'employeur;
- iii) Durant toute prolongation d'un tel congé, si vous avez droit à ce congé et en avez fait la demande.

Toutefois, si votre garantie est maintenue en vigueur pendant le congé, le délai de carence de l'assurance salaire débutera à la date prévue du retour au travail si vous n'aviez pas été invalide.

d) L'assurance ne couvre aucune invalidité attribuable à l'une des causes suivantes :

- i) Toute blessure ou maladie qui résulte d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de votre participation à une émeute;
- ii) Toute blessure que vous vous infligez, sauf si les preuves médicales démontrent que la blessure est directement liée à un problème de santé mentale;
- iii) Toute cessation de travail pour recevoir des soins qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qui sont donnés dans un but esthétique, sauf si les soins sont dus à une maladie ou à une blessure accidentelle;
- iv) Toute blessure ou maladie qui résulte de la perpétration, de la tentative de perpétration ou de la provocation d'une agression ou d'un acte criminel.

e) Si l'invalidité survient durant une mise à pied temporaire, une grève, un lock-out ou un congé annuel payé par votre employeur et alors que la présente garantie était en vigueur, le délai de carence commence à la date prévue de votre retour au travail.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

OBJET DE LA GARANTIE

L'assureur s'engage à vous verser, si vous devenez invalide, par suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle, la prestation mensuelle prévue par la présente garantie pour chaque mois ou partie de mois (1/30 de la prestation mensuelle pour chaque jour) durant lequel persiste l'invalidité, sous réserve des conditions ci-après énoncées.

DÉFINITION PARTICULIÈRE

Invalidité

L'incapacité totale et continue du participant, par suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle, qui l'empêche complètement d'exercer :

- a) Toutes et chacune des tâches de son travail régulier durant le délai de carence et durant les 24 mois qui suivent immédiatement ce délai, sans égard à la disponibilité de ce travail; et
- b) Par la suite, toute fonction ou tout emploi rémunéré pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de sa formation, de son instruction et de son expérience, sans égard à la disponibilité de ce travail.

L'invalidité n'est reconnue qu'à la condition que le participant ne reçoive aucune rémunération directe ou indirecte d'un travail, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par l'assureur.

MODALITÉS DE LA PRESTATION

Début de la prestation : Le paiement de la prestation commence après l'expiration du délai de carence indiqué au Tableau sommaire.

Montant de la prestation : Le montant de la prestation payable en vertu de la présente garantie est calculé selon la formule établie au Tableau sommaire et est limité au maximum mensuel indiqué à ce même tableau.

Réduction des prestations : La prestation mensuelle payable en vertu de la présente garantie sera réduite, après l'application du maximum mensuel

indiqué au Tableau sommaire, de toute prestation d'invalidité qui vous est payable ou qui vous serait payable au participant si une demande satisfaisante avait été faite en vertu :

- a) du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, à l'exclusion des prestations pour les enfants à charge;
- b) d'une loi sur les accidents du travail;
- c) d'une loi provinciale sur l'assurance automobile;
- d) d'une loi provinciale d'indemnisation des victimes d'actes criminels.

De plus, le montant de la prestation d'invalidité payable par l'assureur est réajusté pour que la somme de tous les revenus, compensations, indemnités et prestations que vous recevrez ou pourrez recevoir, en raison de votre invalidité, (a) du titulaire, (b) de tout organisme gouvernemental, et (c) d'une assurance collective ou d'un régime de rente auquel contribue le titulaire, ne puisse en aucun cas excéder le MAXIMUM DE TOUTES SOURCES, tel qu'il est défini au Tableau sommaire.

L'indexation future des montants versés par un des organismes mentionnés ci-dessus n'entraînera aucune autre réduction.

Toutefois, si la prestation est imposable en vertu de la présente garantie, elle sera calculée de la façon suivante :

- 1° prestation payable par l'assureur,
- 2° moins les impôts fédéral et provincial applicables, selon les exemptions personnelles du participant,
- 3° moins la prestation payable par le régime gouvernemental.

Cessation de la prestation : Les versements de la prestation cessent à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle se termine la période maximale de prestations spécifiée au Tableau sommaire;
- b) La date à laquelle vous cessez d'être invalide;
- c) La date à laquelle le participant atteint l'âge de 65 ans;
- d) La date à laquelle vous prenez votre retraite ou atteignez l'âge normal de la retraite aux termes du régime de rentes de l'employeur, mais sans jamais dépasser l'âge normal de la retraite indiqué au Tableau sommaire du présent régime;

- e) La date de votre décès;
- f) La date à laquelle vous omettez de vous faire examiner par le médecin désigné par l'assureur;
- g) La date à laquelle vous omettez de soumettre les preuves demandées par l'assureur;
- h) La date à laquelle vous refusez de participer à un programme de réadaptation ou d'exercer un emploi de réadaptation que l'assureur et ses médecins consultants jugent raisonnablement approprié;
- i) La date à laquelle vous exercez une occupation rémunératrice, sauf s'il s'agit d'un emploi de réadaptation;
- j) La date à laquelle vous êtes incarcéré suite à la commission d'un acte criminel pour lequel vous avez été reconnu coupable.

PÉRIODES SUCCESSIVES D'INVALIDITÉ

Si vous avez effectivement repris le travail et redevenez invalide durant l'effet de cette garantie, avant qu'une période de 6 mois consécutifs se soit écoulée, et que l'invalidité soit attribuable à la même cause que celle de l'invalidité antérieure ou à des causes connexes, l'invalidité est considérée comme la continuation de l'invalidité antérieure. Au cours du délai de carence, les périodes successives d'invalidité résultant d'une même cause et séparées par 15 jours ou moins sont considérées comme une seule période.

Cependant, si vous avez effectivement repris le travail et redevenez invalide, durant l'effet de cette garantie, par suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle n'ayant aucun rapport avec la cause de l'invalidité antérieure, l'invalidité est considérée comme une nouvelle invalidité, et un nouveau délai de carence est imposé.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

- a) L'assurance prévue par les présentes ne couvre aucune invalidité attribuable à l'une des causes suivantes :
 - i) Toute blessure ou maladie qui résulte 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;

- ii) Toute blessure que vous vous infligez, sauf si les preuves médicales démontrent que la blessure est directement liée à un problème de santé mentale;
 - iii) Un vol ou une tentative de vol à bord d'un avion ou autre aéronef, si vous êtes membre de l'équipage ou si vous exercez une fonction quelconque se rapportant au vol, ou si vous y participez à titre de parachutiste;
 - iv) Toute blessure ou maladie qui résulte de la perpétration, de la tentative de perpétration ou de la provocation d'une agression ou d'un acte criminel.
- b) Aucune prestation n'est payable pour toute maladie ou blessure accidentelle :
- i) Durant tout congé pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou au cours de tout congé pris en accord avec l'employeur;
 - ii) Durant toute prolongation d'un tel congé, si vous aviez droit à ce congé et en avait fait la demande.

Toutefois, si la garantie est maintenue en vigueur pendant le congé, le délai de carence de l'assurance salaire débutera à la date prévue de votre retour au travail.

- c) Si l'invalidité est attribuable à la toxicomanie ou à l'alcoolisme, la prestation mensuelle d'invalidité est versée à condition que vous suiviez une cure fermée, approuvée par l'assureur.
- d) Si vous vous absentez du Canada et des États-Unis pour une période de plus de 90 jours consécutifs, vous perdez votre droit aux prestations prévues par la présente garantie, et ce droit n'est rétabli qu'à son retour, sous réserve de toute autre disposition de la présente garantie.
- e) L'assurance prévue par les présentes ne couvre aucune invalidité qui résulte d'une maladie ou d'une blessure accidentelle qui survient pendant une grève, un lock-out ou une mise à pied temporaire, si votre garantie n'a pas été maintenue en vigueur pendant la grève, le lock-out ou la mise à pied temporaire.

Toutefois, si votre garantie est maintenue en vigueur, le délai de carence de l'assurance salaire débutera à la date prévue de votre retour au travail.

EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsque vous êtes exonéré du paiement de vos primes en vertu de l'article *Exonération des primes* de sa garantie d'assurance-vie, vous êtes aussi admissible à l'exonération du paiement des primes relatives à la présente garantie sous réserve des mêmes conditions.

PROGRAMME DE RÉADAPTATION

Si vous avez été invalide pendant au moins le délai de carence et qui, sur la prescription et sous la surveillance de votre médecin, vous vous inscrivez à un programme de réadaptation approuvé par l'assureur, vous pouvez bénéficier de la prestation prévue par la présente garantie pendant une période maximale de 24 mois en plus de recevoir la rémunération provenant de ce programme de réadaptation.

Toutefois, la somme de la rémunération du programme de réadaptation et de la prestation mensuelle en vertu de la présente garantie ne doit pas excéder le salaire mensuel que vous touchiez au début de la période d'invalidité. Si cette somme excède 100 % du salaire mensuel net établi au début de l'invalidité, la prestation prévue par la garantie sera réduite de façon à ne pas dépasser ce salaire.

ASSURANCE-MÉDICAMENTS

applicable aux résidents du Québec seulement

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

Cette protection de la présente garantie est obligatoire pour tout participant et ses personnes à charge couvertes par la police collective, sous réserve des dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments.

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

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

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

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

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

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

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

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES POUR LES PERSONNES ASSURÉES DE 65 ANS ET PLUS

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

Dans la police collective, les personnes assurées de 65 ans et plus seront présumées être couvertes par la Régie en vertu du Régime général d'assurance médicaments du Québec. De plus, les personnes à charge d'un participant de 65 ans ou plus seront présumées être couvertes par la Régie en vertu du Régime général d'assurance médicaments du Québec, quel que soit leur âge.

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

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

FRAIS COUVERTS

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

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

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

Restrictions des quantités quant à l'exécution des ordonnances

La quantité de médicaments pouvant être distribuée pour toute ordonnance sera limitée à la quantité suffisante pour une période pouvant aller jusqu'à 34 jours, sauf dans le cas de médicaments requis pour une thérapie à long terme (médicaments d'entretien) pour lesquels une quantité pouvant durer jusqu'à 100 jours est permise.

EXCLUSION

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

COORDINATION DES PRESTATIONS

Telle que prévue à l'article Coordination des prestations de la garantie Assurance maladie complémentaire.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

OBJET DE LA GARANTIE

Si, par suite d'une blessure accidentelle, d'une maladie ou d'une grossesse, vous ou l'une des personnes à votre charge assurées engagez des frais pour les soins et services énumérés aux présentes, l'assureur rembourse ces frais, sous réserve des conditions ci-après énoncées.

DÉFINITIONS PARTICULIÈRES

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

Hôpital : Hôpital désigne une institution de soins de courte durée

- a) légalement reconnue comme telle;
- b) destinée aux soins des patients alités;
- c) qui assure en tout temps les services de médecin et d'infirmière autorisée.

Les unités dans les hôpitaux réservées aux soins des convalescents ou des personnes atteintes de maladies chroniques sont exclues.

Maison de convalescence : Ce terme désigne une institution ou une unité de soins

- a) légalement reconnue comme telle;
- b) destinée aux soins des patients alités.

Les établissements de soins infirmiers, les maisons de réadaptation, les maisons pour personnes âgées, les maisons de repos, les centres d'hébergement et les centres pour alcooliques et toxicomanes sont exclus.

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

Nécessaire du point de vue médical : Approuvé par un médecin comme étant nécessaire au traitement d'un état qui est nuisible à la santé du patient.

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

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

HOSPITALISATION DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

L'assureur rembourse les frais de chambre et pension exigés par un hôpital dans la province de résidence de la personne assurée qui sont en excédent du montant remboursé par le régime de soins de santé gouvernemental, jusqu'à concurrence du maximum quotidien indiqué au Tableau sommaire et sans limite quant au nombre de jours d'hospitalisation.

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

L'assureur rembourse les frais d'hospitalisation et les frais médicaux et chirurgicaux hors de la province de résidence de la personne assurée, en cas d'urgence, pour la partie des frais qui est admissible et qui excède le montant payé par un régime provincial d'assurance maladie auquel doit participer toute personne assurée.

Les frais pour les services et l'équipement énumérés dans la présente garantie seront couverts, jusqu'à concurrence du montant maximal remboursé par l'assureur, par personne assurée et par période de 3 années civiles consécutives, indiqué au Tableau sommaire, lorsque ces derniers sont engagés à la suite d'une urgence de nature médicale qui survient alors que la personne assurée était hors de sa province de résidence, à condition que :

- a) L'urgence de nature médicale survienne au cours des premiers 90 jours de l'absence de la personne assurée de sa province de résidence, ou si l'absence est due au fait que la personne assurée fréquente à temps

plein une institution d'enseignement agréée, l'urgence de nature médicale survienne durant l'année scolaire au cours de laquelle la personne assurée était inscrite à une institution d'enseignement;

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

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

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

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

RESTRICTIONS QUANT AUX FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE ENGAGÉS HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Si la personne assurée doit être hospitalisée hors de sa province de résidence en raison d'une urgence médicale, la personne assurée est tenue de

communiquer avec le service d'assistance médicale désigné par l'assureur aussitôt que la personne assurée est raisonnablement en mesure de le faire après le début de son hospitalisation. Le manquement à remplir cette condition peut mener au refus de l'assureur de prendre en charge la demande de règlement de la personne assurée ou à la limitation de la demande de règlement résultant, directement ou indirectement, de l'urgence médicale.

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

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

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

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

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

dans une période de 90 jours précédant cette absence.

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

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

- a) Les services, soins et traitements prescrits au préalable par un médecin :
 - i) Les frais occasionnés par le transport en ambulance, y compris un voyage par avion ou par train, en cas d'urgence, jusqu'à l'hôpital le plus proche pouvant fournir les soins requis et le transport de retour en ambulance lorsque nécessaire.
 - ii) Services rendus au domicile de la personne assurée par un(e) infirmier(ère) autorisé(e) qui n'a aucun lien de parenté avec la personne assurée et qui ne demeure habituellement pas avec elle, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.
 - iii) Frais de clinique ou d'hôpital comme patient externe.
 - iv) Médicaments prescrits par un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire des médicaments et vendus par un pharmacien licencié;

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

Restrictions quant à l'exécution des ordonnances

La quantité de médicaments pouvant être distribuée pour toute ordonnance sera limitée à la quantité suffisante pour une période pouvant aller jusqu'à 34 jours, sauf dans le cas de médicaments requis pour une thérapie à long terme (médicaments d'entretien) pour lesquels une quantité pouvant durer jusqu'à 100 jours est permise.

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

Dans le cadre de son processus de préautorisation, l'assureur peut demander qu'un médicament soit acheté par l'entremise du

réseau de pharmacies privilégiées qui a été approuvé par l'assureur. Si la personne assurée choisissait d'utiliser une autre pharmacie, le montant remboursé à la personne assurée sera basé sur le montant qui aurait été facturé par le réseau de pharmacies approuvé par l'assureur. L'assureur ne sera pas responsable de tout montant en excès du montant qui aurait été remboursé si la personne assurée avait utilisé le réseau de pharmacies approuvé.

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

- v) Transfusions de sang ou de plasma sanguin.
- vi) Achat de membres artificiels et de prothèses oculaires pour perte subie en cours d'assurance, bandes herniaires, plâtres, écharpes et béquilles.
- vii) Coût de l'oxygène et son administration.
- viii) Location d'un fauteuil roulant (excluant un fauteuil électrique sauf pour un quadriplégique), d'un poumon d'acier et de tout autre équipement thérapeutique (excluant les piles).
- ix) Soins dentaires donnés hors de l'hôpital par un dentiste et rendus nécessaires par suite d'une blessure accidentelle aux dents naturelles, saines et entières, survenue en cours d'assurance, selon le tarif normal suggéré pour un généraliste. Seuls les soins reçus au cours des 6 mois qui suivent l'accident sont admissibles. Les autres frais dentaires sont exclus.
- x) Achat de prothèses mammaires externes, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.
- xi) Achat de soutiens-gorge chirurgicaux requis suite à une mastectomie, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.
- xii) Achat de prothèses capillaires suite à une chimiothérapie, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.
- xiii) Les frais pour les injections sclérosantes, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

- xiv) Les frais de prothèses auditives suivants : L'achat initial, le remplacement ou la réparation d'une prothèse auditive ou d'accessoires connexes (à l'exception des piles) et les services professionnels d'un audioprothésiste, par suite de l'achat de cette prothèse, s'ils sont prescrits par un médecin ou un audiologiste;

Les frais couverts sont cependant limités au maximum indiqué au Tableau sommaire.

- xv) Achat d'un glucomètre ou d'un réflectomètre pour diabétique insulino-dépendant, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

- xvi) Soins paramédicaux donnés par l'un des spécialistes indiqués au Tableau sommaire, à l'exception des soins d'urgence donnés hors de la province de résidence;

Les frais admissibles, par personne assurée, sont toutefois limités à une visite professionnelle par jour, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;

Les soins paramédicaux doivent être donnés par une personne dûment autorisée, par l'organisme provincial ou fédéral responsable, à pratiquer sa profession dans les limites définies par les règles de cette profession;

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

Les frais de radiographies d'un chiropraticien, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

- xvii) Frais de séjour dans une clinique ou une maison de convalescence reconnue (incluant le coût de la chambre, les repas et les soins infirmiers), jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

- xviii) Frais d'achat de bas élastiques médicaux, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

- xix) Examens de laboratoire, examens radiographiques et traitements radiographiques au radium ou aux isotopes radioactifs, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

- xx) Frais de chaussures orthopédiques et le coût d'une modification à une chaussure conventionnelle ou le coût d'achat, réparation, modification, ajustement d'une orthèse ou d'éléments correctifs ajoutés à une chaussure conventionnelle, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.
 - xxi) Frais de séjour dans une maison de désintoxication reconnue pour alcoolisme ou toxicomanie, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire, sans limite quant au nombre de jours.
 - xxii) Appareils orthopédiques avec soutien rigide; soutiens dorsaux; harnais d'épaule; licous et collets cervicaux.
- b) Les frais de lunettes (verres correcteurs et monture) ou de lentilles cornéennes sont remboursables lorsqu'ils sont prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste, jusqu'à concurrence des maximums par personne assurée indiqués au Tableau sommaire.
 - c) Les frais pour les examens de la vue faits par un ophtalmologiste ou un optométriste pour les personnes âgées de 18 à 64 ans inclusivement, jusqu'à concurrence des maximums par personne assurée indiqués au Tableau sommaire.
 - d) La 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.

PROLONGATION DE LA GARANTIE LORS DE L'ANNULATION DE L'ASSURANCE

Si dans les 90 jours qui suivent l'annulation de l'assurance du participant, celui-ci doit engager des frais d'hospitalisation ou, dans les 12 mois qui suivent l'annulation, il doit engager des frais médicaux qui auraient donné droit à une prestation si l'assurance avait été en vigueur, l'assureur rembourse les frais admissibles pourvu que :

- a) Ces frais résultent d'une blessure accidentelle subie ou d'une maladie qui a commencé et nécessité des soins médicaux avant l'annulation de l'assurance, et
- b) La personne assurée ait été totalement invalide à la suite de telle blessure ou de telle maladie depuis la date de cessation de l'assurance jusqu'à la date à laquelle les frais sont engagés.

Aucune prestation ne sera payable pour des frais engagés après l'annulation de la police ou de la présente garantie.

EXCLUSIONS

La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :

- a) Tous les frais payables ou remboursables en vertu d'un régime d'assurance gouvernemental ou privé ou qui habituellement l'auraient été si une réclamation avait été soumise;
- b) Tous les frais résultant directement ou indirectement, de toute blessure que la personne assurée s'inflige, sauf si les preuves médicales démontrent que la blessure est directement liée à un problème de santé mentale;
- c) Tous les frais engagés à la suite de toute blessure ou maladie qui résulte 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) Tout traitement ou appareil, directement ou indirectement relié à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;
- e) Frais engagés à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement qui n'est pas médicalement nécessaire, qui est donné dans un but esthétique (sauf les frais admissibles en vertu de la présente garantie) ou dans un but autre que curatif, qui excède les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique, de même que les soins qui sont donnés en rapport avec une intervention chirurgicale ou un traitement de nature expérimentale;
- f) La partie des frais en excédent des frais raisonnables et courants engagés dans la région où les soins sont donnés pour une maladie de même nature et de gravité équivalente;
- g) 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;
- h) Tout voyage de santé ou cure de repos;
- i) La prescription, l'achat initial, l'ajustement ou le remplacement d'appareils auditifs;

- j) Tous les soins ou traitements reliés à la fertilité ou l'infertilité;
- k) Tous les frais d'achat ou de location d'appareils de confort, de massage et d'accessoires domestiques d'usage non exclusivement médical tels que les bains tourbillons, purificateurs d'air, humidificateurs, climatiseurs, etc.;
- l) 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 tous les autres frais engagés pour des soins ou traitements non reconnus d'usage courant, usuel et coutumier;
- m) Les frais d'achat de suppléments alimentaires ou nutritifs et les frais engagés pour des traitements contre l'obésité, qu'ils soient ou non prescrits pour une raison d'ordre médical;
- n) Les frais engagés pour l'administration de sérums, de vaccins et de médicaments injectables;
- o) Les frais de remplacement de lunettes perdues, volées ou brisées, ou pour des lunettes de soleil ou teintées ou des lunettes de sécurité ou des montures de rechange.
- p) Les frais engagés pour les soins ou traitements aux hormones de croissance.
- q) Les contraceptifs (autres qu'oraux), sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de votre régime;
- r) Les frais engagés pour des problèmes de dysfonction érectile;
- s) Les frais pour les médicaments dont la couverture est exclue par l'assureur en vertu de la disposition Restrictions quant à l'exécution des ordonnances de la présente garantie;
- t) Les frais liés à tout soin ou traitement qui a été prodigué par un fournisseur de soins de santé ou un fournisseur de services qui :
 - i) a été accusé d'avoir commis une faute professionnelle ou d'avoir eu recours à des pratiques déloyales; ou
 - ii) fait l'objet d'une enquête menée par un organisme officiel relativement à une loi ou à un règlement; ou
 - iii) fait l'objet d'une enquête menée par l'assureur relativement à sa conduite professionnelle ou à sa pratique; ou
 - iv) exerce une profession qui n'est pas réglementée par un organisme de réglementation fédéral ou provincial reconnu de

façon officielle et compétent dans le territoire où les services ont été fournis; ou

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

REMBOURSEMENT

L'assureur rembourse un certain pourcentage des frais admissibles engagés au cours d'une année civile, après avoir déduit la franchise applicable à cette année-là. Ce pourcentage est indiqué au Tableau sommaire.

COORDINATION DES PRESTATIONS

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

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

DROIT DE TRANSFORMATION

Le participant dont l'assurance maladie complémentaire est résiliée en raison de la terminaison de :

- a) son emploi, ou

b) son appartenance au groupe,

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

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

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

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

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

Cette garantie offre à la personne assurée, qui participe déjà à un régime gouvernemental d'assurance maladie, pour toute blessure accidentelle ou maladie survenue hors de sa province de résidence, un service d'assistance médicale en cas d'urgence pendant un voyage privé ou professionnel au cours des premiers 90 jours de l'absence de la personne assurée, ou si l'absence est due au fait que la personne assurée fréquente à temps plein une institution d'enseignement agréée, l'urgence survienne durant l'année scolaire au cours de laquelle la personne assurée est inscrite à une institution d'enseignement, sous réserve des conditions ci-après énoncées.

Afin de se prévaloir de cette garantie, la personne assurée doit obligatoirement être assurée sous la garantie ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE faisant partie du présent régime.

DÉFINITIONS PARTICULIÈRES

Autorité médicale : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve la personne assurée.

Blessure accidentelle : Une lésion corporelle qui est subie pendant que l'assurance est en vigueur, qui résulte directement et exclusivement d'une cause externe, soudaine, violente et involontaire et qui empêche la continuation normale du voyage ou de l'année scolaire.

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

Maladie : Toute altération soudaine et imprévisible de la santé constatée par une autorité médicale compétente et qui empêche la continuation normale du voyage ou de l'année scolaire, et qui survient pendant que cette garantie est en vigueur.

Centre hospitalier : Centre hospitalier désigne une institution de soins de courte durée :

- a) légalement reconnue comme telle dans le pays où est située l'institution;
- b) destinée aux soins des patients alités;
- c) pourvue d'un laboratoire et d'une salle d'opération;
- d) qui assure 24 heures par jour les services de médecins diplômés et d'infirmières autorisées.

Cependant, les maisons de réadaptation, de convalescence, de repos ou de soins pour malades chroniques, de même que les unités réservées à cet effet dans les hôpitaux, sont exclues.

Sinistre : Tout événement, blessure accidentelle ou maladie justifiant l'intervention du service d'assistance médicale.

ASSISTANCE MÉDICALE

- a) Les services médicaux suivants sont disponibles en cas d'urgence suite à une maladie ou à une blessure accidentelle :
 - i) Accès jour et nuit
 - Accès à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit au service téléphonique polyglotte permettant de mettre en contact la personne assurée avec un réseau de spécialistes, pour toutes les urgences associées à son voyage.
 - ii) Accès médical
 - 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 l'établissement hospitalier le plus proche du lieu de la maladie ou de la blessure accidentelle.
 - Vérifier la couverture d'assurance à la demande des médecins et des hôpitaux.

iii) Transport médical

- Organiser et contrôler le transport ou le transfert par tout moyen approprié recommandé par le médecin traitant, en accord avec le service d'assistance médicale, vers un centre hospitalier proche du lieu de la blessure accidentelle ou de la maladie, si l'urgence médicale le nécessite.
- Organiser le rapatriement de la personne assurée à son domicile ou jusqu'à un centre hospitalier près de son domicile après le traitement initial, par tout moyen de transport adéquat et à la condition que son état de santé le nécessite et le permette. Le service 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.
- Les frais engagés pour le transport et le transfert de la personne assurée et décrits aux deux paragraphes précédents seront pris en charge par l'assureur.

iv) Paiement des dépenses médicales et avance de fonds

- Prendre les arrangements nécessaires au paiement des dépenses médicales couvertes en vertu de la garantie ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE faisant partie du présent régime pour les frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence.

Si nécessaire, le service d'assistance médicale avance des fonds, après accord préalable de l'assureur, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, en monnaie légale du Canada, pour le participant et ses personnes à charge assurées.

Toute avance de fonds est redevable par le participant à l'assureur, en un seul versement et selon le taux de change en vigueur à la date à laquelle les fonds ont été avancés, dans les 90 jours suivant son retour au pays. En cas de défaut de paiement, l'assureur se réserve le droit de compenser sur les règlements en assurance maladie ou tout autre règlement présenté par le participant ou ses personnes à charge, en vertu du présent régime.

v) Rapatriement de la dépouille mortelle

- Suite au décès de la personne assurée causé par une maladie ou une blessure accidentelle, le service d'assistance médicale s'occupe des formalités à accomplir sur place et du paiement des frais de traitement «post mortem», de cercueil et du transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation dans sa province de résidence, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ par personne assurée. Les frais d'obsèques ne sont pas à la charge du service d'assistance médicale ou de l'assureur.

vi) Retour des enfants à charge

- Organiser le rapatriement des enfants de la personne assurée qui ont moins de 16 ans et sont privés de surveillance. Le service 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.

vii) Retour d'un membre de la famille immédiate

- Organiser le rapatriement de tout autre membre de la famille immédiate ayant perdu l'usage de son billet d'avion en raison de l'hospitalisation ou du décès de la personne assurée. Le service d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touriste 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.

viii) Visite d'un membre de la famille immédiate

- Organiser 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.

ix) 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 de son décès, les frais de subsistance engagés 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, après approbation préalable de l'assureur, jusqu'à concurrence d'un maximum quotidien de 150 \$ par personne assurée et d'un remboursement global de 1 500 \$ pour l'ensemble des personnes assurées.

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

x) Retour du véhicule

- Le service 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 l'assuré ou à l'agence de location appropriée la plus proche.

xi) Avance de fonds

- En cas de nécessité, pour obtenir les services décrits aux paragraphes iii), vi), vii), viii), ix) et x), le service d'assistance médicale avance des fonds ou donne des garanties de paiement d'un maximum de 1 000 \$ en monnaie légale du Canada. Toute avance de fonds est redevable par le participant à l'assureur, selon le taux de change en vigueur à la date à laquelle les fonds ont été avancés. Ces fonds seront retenus par l'assureur à même les prestations payables, le cas échéant.

b) Autres services d'assistance voyage disponibles lorsque la personne assurée voyage à l'étranger :

i) Service téléphonique de traduction

- En cas d'urgence, le service 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.

ii) Service de transmission et de garde de message

- En cas d'urgence, le service 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.

iii) Assistance juridique

- En cas d'urgence de cet ordre, le service d'assistance médicale assiste la personne assurée afin d'obtenir de l'aide juridique locale lors d'un accident ou d'une autre cause de défense civile et l'aide également à obtenir une avance de fonds en espèces sur ses cartes de crédit ou par l'entremise de sa famille et de ses amis afin d'acquitter les frais de contentieux et de cautionnement.

iv) Information-voyage

- Le service d'assistance médicale transmet avant, pendant et après le voyage des informations relatives au transport, aux vaccinations et aux précautions à prendre.

v) Envoi de médicament

- 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 est remboursé par la personne assurée à moins qu'il ne soit couvert en vertu de la garantie ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE faisant partie du présent régime.

vi) Perte de bagages ou de documents

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

EXCLUSIONS

La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :

- a) Tous les frais payables ou remboursables en vertu d'un régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été soumise;
- b) Tous les frais résultant, directement ou indirectement, de toute blessure que la personne assurée s'inflige, sauf si les preuves médicales démontrent que la blessure est directement liée à un problème de santé mentale;
- c) Tous les frais résultant de toute blessure ou maladie qui résulte 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) L'intervention chirurgicale ou le traitement qui n'est pas médicalement nécessaire, qui est donné dans un but esthétique ou dans un but autre que curatif, ou qui excède les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique, de même que les soins qui sont donnés en rapport avec une intervention chirurgicale ou un traitement de nature expérimentale;
- e) La partie des frais en excédent des frais raisonnables et courants engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une maladie de même nature et de gravité équivalente;
- f) 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;
- g) Tout voyage de santé ou cure de repos;
- h) Les soins ou services donnés si l'état de santé de la personne assurée n'était pas stable avant que l'absence de sa province de résidence débute et l'urgence médicale résulte directement ou indirectement de cet état de santé. L'assureur détermine, à sa seule discrétion, ce que stable signifie. Dans cette évaluation, l'assureur peut prendre en considération, y compris, mais sans s'y limiter, les facteurs médicaux suivants :
 - i) L'état de santé;
 - ii) Un traitement médical, un examen, une consultation ou une hospitalisation;

- iii) L'augmentation ou la détérioration de tout symptôme ou de tout problème de santé;
- iv) Un changement de médication ou de traitement médical;
- v) Un traitement médical ou un examen médical prévu, ou pour lequel des résultats sont en attente, pour tout symptôme ou tout problème de santé;

dans une période de 90 jours précédant cette absence.

DISPOSITIONS

Déclaration du sinistre

La personne assurée doit, aussitôt qu'elle a connaissance du sinistre, user de tous les moyens pour arrêter les progrès de ce sinistre et doit contacter le service d'assistance médicale dès qu'il est possible de le faire, et lui indiquer les circonstances de ce sinistre, ses causes connues ou présumées. De plus, à la demande du service d'assistance médicale, la personne assurée devra fournir un certificat du médecin traitant relatant les conséquences probables de la maladie ou des blessures accidentelles.

Prescription

Toute demande de règlement pour un sinistre couvert doit être faite dans les 12 mois qui suivent la date du sinistre.

Restitution du billet de retour

Lorsque le transport est pris en charge par le service d'assistance médicale, la personne assurée est tenue de lui remettre soit le billet de retour initialement prévu, soit son remboursement, à défaut de quoi l'assureur retiendra le prix du billet à même les sommes payables à la personne assurée, le cas échéant.

RESPONSABILITÉ DU SERVICE D'ASSISTANCE MÉDICALE

Le service d'assistance médicale est dégagé 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 service d'assistance médicale adresse des personnes assurées sont, pour la plupart, 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 service d'assistance médicale.

En outre, le service d'assistance médicale et l'assureur déclinent toute responsabilité à l'égard d'actes professionnels ou de carences imputables à des médecins, hôpitaux, cliniques, avocats ou autres praticiens ou établissements autorisés.

SOINS DENTAIRES

OBJET DE LA GARANTIE

À la réception de preuves satisfaisantes que vous avez engagé des frais admissibles pour vous-même ou pour l'une de vos personnes à charge, alors que la présente garantie de tel participant ou de telle personne à charge est en vigueur, l'assureur s'engage à payer, à tel participant, les frais admissibles en vertu de la présente garantie.

L'assureur peut payer, avec votre consentement écrit, à n'importe quelle personne ou institution et n'est pas responsable de l'imputation des prestations ainsi payées.

Aux fins de la présente garantie, des frais sont considérés comme étant engagés à la date à laquelle le traitement est rendu.

FRAIS ADMISSIBLES

Seuls les frais ci-dessous, s'il en est fait mention au Tableau sommaire et si les soins sont donnés dans la province de résidence du participant, par un généraliste, ou recommandés par un généraliste et donnés par un spécialiste ou donnés par un hygiéniste dentaire, sont considérés comme étant des «frais admissibles».

SOINS PRÉVENTIFS ET CURATIFS

- a) Diagnostic, prévention, restauration et chirurgie mineures
 - i) Un examen de routine par année;
 - ii) Radiographies complètes, une fois tous les 3 ans (normales ou panoramiques);
 - iii) Radiographies intra-orales, 2 fois par année;
 - iv) Prophylaxie, y compris le détartrage des dents, 2 fois par année;
 - v) Application topique de fluorure, 2 fois par année;

- vi) Extractions, y compris l'alvéolectomie lors de l'extraction d'une dent;
 - vii) Extraction chirurgicale de dents incluses;
 - viii) Ablation chirurgicale de tumeurs, kystes, néoplasmes, ainsi que l'incision et le drainage d'un abcès;
 - ix) Obturations en amalgames, silicates et résines acryliques et obturations composites;
 - x) Radiodiagnostics et analyses de laboratoire nécessaires en rapport à la chirurgie dentaire;
 - xi) Anesthésie générale nécessaire à la chirurgie dentaire;
 - xii) Coût des médicaments et leur administration, lorsqu'ils sont fournis et injectés au cabinet du dentiste;
 - xiii) Installation de dispositifs de maintien d'espace à la suite de la perte de dents primaires et installation d'appareils pour corriger de mauvaises habitudes (sauf pour l'orthodontie);
 - xiv) Consultations demandées par le dentiste.
- b) Endodontie et périodontie
- i) Tout traitement endodontique, y compris le traitement du canal radiculaire;
 - ii) Tout traitement périodontique.

SOINS MAJEURS

- a) Incrustations de surface ou en profondeur;
- b) Couronnes et restaurations en or ou en porcelaine sur métal lorsque les autres matériaux ne conviennent pas;
- c) Fabrication initiale d'un pont fixe ou d'une prothèse partielle ou complète (sans restriction relative aux dents manquantes);
- d) Remplacement d'un pont fixe ou d'une prothèse amovible partielle ou complète déjà en place, dans les cas suivants seulement :
 - i) si ce remplacement est rendu nécessaire par l'extraction d'autres dents naturelles en cours de garantie;

- ii) si la prothèse fixe ou amovible est en place depuis au moins 4 ans et n'est plus utilisable;
- iii) si la prothèse fixe ou amovible déjà en place est temporaire et est remplacée par une prothèse permanente dans les 12 mois qui suivent la mise en place de la prothèse temporaire.
- e) Services d'un denturologiste autorisé, dans la mesure où ils relèvent de sa compétence;
- f) Autres actes de chirurgie buccale, nécessaires mais non compris dans les soins préventifs et curatifs;
- g) Regarnissage, rebasage ou réparation d'un pont fixe ou de prothèses amovibles partielles ou complètes déjà en place.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

- a) Aucune prestation n'est payable pour les frais énumérés ci-après :
 - i) Traitements ou prothèses à des fins esthétiques, y compris les frais de personnalisation des prothèses dentaires;
 - ii) Frais engagés alors que le participant n'était pas assuré. Dans le cas d'un appareil prothétique, les frais sont remboursés seulement si les empreintes ont été prises alors que le participant était assuré par le régime ou si l'installation ou la livraison de la prothèse est effectuée dans les 3 mois suivant la terminaison de l'assurance;
 - iii) Frais de remplacement d'un appareil ou d'une prothèse dentaire perdu ou volé;
 - iv) Frais d'orthodontie;
 - v) Frais que le bénéficiaire n'est pas tenu de payer;
 - vi) Frais engagés pour un traitement qui est fourni ou payé par un autre employeur à titre de services passés ou courants;
 - vii) Frais remboursables par tout régime gouvernemental;
 - viii) Soins qui ne sont pas nécessaires au traitement de l'affection, ou qui ne sont pas recommandés par le chirurgien dentiste traitant, et l'excédent des frais contenus dans le tarif des actes bucco-dentaires au moment du traitement;
 - ix) Frais pour rendez-vous manqués;

- x) Frais demandés pour remplir le formulaire de réclamation;
 - xi) Frais pour la recommandation d'une diète, programmes de contrôle de la plaque dentaire et scellants de puits et fissures;
 - xii) Frais attribuables à l'application de nouveaux procédés ou traitements qui ne sont pas encore utilisés couramment (implantologie);
 - xiii) Soins requis à la suite d'une maladie ou blessure causée par un acte de guerre, déclarée ou non;
 - xiv) Soins pour lesquels l'employé peut se faire rembourser en vertu de toute loi sur les accidents du travail;
 - xv) Soins dentaires requis afin de corriger des dommages causés aux dents naturelles à la suite d'un accident;
 - xvi) Soins et traitements à titre d'expérience;
 - xvii) Soins à la suite de la participation active à un acte criminel;
 - xviii) Services et fournitures qui résultent, directement ou indirectement, de toute blessure que la personne assurée s'inflige, sauf si les preuves médicales démontrent que la blessure est directement liée à un problème de santé mentale.
- b) Le montant de la prestation est réduit de toute prestation payable en vertu de la Loi d'indemnisation des victimes d'actes criminels, du régime provincial de l'assurance maladie, de la Loi de l'assurance automobile du Québec ou de toute autre loi ou régime public au même effet.
 - c) Dans les cas où plus d'un traitement peut s'appliquer pour corriger un problème dentaire, l'assureur rembourse le moins dispendieux des traitements couverts par la présente garantie qui, sur le plan professionnel, donne un résultat adéquat.
 - d) Dans les cas où le coût d'un programme de traitements dentaires proposé à l'intention d'une personne assurée excède 300 \$, ledit programme doit être préalablement soumis à l'assureur afin que cette dernière puisse établir, avant que ne débutent les traitements, le montant du remboursement qui pourrait être effectué en vertu de cette garantie.
 - e) Le remplacement de prothèses amovibles existantes ne sera pas payable plus d'une fois tous les 4 ans à compter de la date de la première installation ou d'un remplacement de telles prothèses pour lesquelles des frais furent payables en vertu de la présente garantie.

- f) Pour les personnes devenues assurées après la date d'admissibilité, le remboursement est limité à 50 \$ par personne pour les 12 premiers mois d'assurance, sous réserve d'un montant maximal de 150 \$ par famille.

PROLONGATION DE LA GARANTIE

Si une personne assurée reçoit, dans les 30 jours suivant immédiatement la fin de son assurance, les soins dentaires indiqués ci-après, l'assureur lui verse les prestations auxquelles elle aurait eu autrement droit si l'assurance n'avait pas pris fin pourvu que le contrat soit en vigueur à la date à laquelle le traitement est rendu :

- a) Prothèses complètes ou partielles amovibles pourvu que les premières empreintes aient été prises avant la fin de l'assurance;
- b) Prothèses fixes, restaurations en or, incrustations et couronnes pourvu que la dent ait été préparée avant la fin de l'assurance;
- c) Traitements d'endodontie pourvu que la dent ait été ouverte pour le traitement de canal avant la fin de l'assurance.

COORDINATION DES PRESTATIONS

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

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

DROIT DE TRANSFORMATION

Le participant dont l'assurance soins dentaires est résiliée en raison de la terminaison de :

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

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

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

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

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

COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION

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

COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT

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

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

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

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

Pour les participants résidant au Québec

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

Pour les participants résidant à l'extérieur du Québec

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

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

COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT

Demandes de règlement pour les garanties d'Assurance salaire

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

Pour les participants résidant au Québec

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

Pour les participants résidant à l'extérieur du Québec

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

AVIS IMPORTANT

pour les personnes hospitalisées hors de leur province de résidence

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

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

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Police n° 100008772 établie par iA Marchés spéciaux, une division de
l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

En cas de blessure par suite d'un accident se produisant n'importe où dans le monde, et ce, 24 heures sur 24, que vous soyez au travail ou non, vous avez droit à un capital assuré de 20 000,00 \$.

Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles

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

Pour la perte :	% du capital assuré
De la vie	100%
Des deux mains, Des deux pieds ou De la vue complète des deux yeux..	100%
D'une main et d'un pied ou D'une main et de la vue complète d'un œil.....	100%
D'un pied et de la vue complète d'un œil ou De la parole et de l'ouïe.....	100%
D'un bras ou D'une jambe.....	75%
D'une main ou D'un pied	66.6%
De la vue complète d'un œil.....	66.6%
De la parole ou de l'ouïe.....	66.6%
De quatre doigts d'une main incluant le pouce.....	40%
De quatre doigts d'une main excluant le pouce.....	35%
Du pouce et de l'index d'une main ou De l'ouïe d'une oreille	33.3%
De tous les orteils d'un pied	33.3%
Du pouce et de tout autre doigt excluant l'index.....	20%
De quatre orteils incluant le gros orteil	20%
Du pouce ou De trois doigts excluant le pouce et l'index	15%
De l'index	10%
De quatre orteils excluant le gros orteil	10%
De deux doigts excluant le pouce et l'index	8%
Du majeur	8%
De deux orteils	5%

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

Pour la perte :	% du capital assuré
D'un doigt excluant le pouce, l'index et le majeur ou D'un orteil	3%
Quadriplégie (paralysie complète des membres supérieurs et inférieurs).....	200%
Paraplégie (paralysie complète des deux membres inférieurs)	200%
Hémiplégie (paralysie complète des membres, supérieur et inférieur, d'un côté du corps)	200%

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

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

Droit de transformation

Sur cessation de son emploi effectif chez le Titulaire de la police, une personne assurée peut obtenir, sans justification d'assurabilité, que son assurance accident soit transformée en police individuelle d'un capital assuré égal ou inférieur à celui en vigueur à la cessation de son emploi. La demande de transformation doit être faite dans une période de 31 jours. Les primes sont payables annuellement par anticipation.

Exonération des primes

Si une personne assurée est frappée d'invalidité totale d'une durée ininterrompue d'au moins 6 mois, l'empêchant d'accomplir tout travail, et que sa demande d'exonération des primes est acceptée et approuvée en vertu du contrat d'assurance invalidité longue durée collective, la Compagnie renonce aux primes exigibles en vertu de la police jusqu'au décès, au rétablissement ou la retraite de l'intéressé, ou jusqu'à la date de résiliation de la police, selon ce qui se produit en premier.

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

Formation de reclassement du conjoint (15 000 \$)

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

Identification de la dépouille (10 000 \$)

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

Majoration pour port de ceinture de sécurité

En cas de sinistre assuré en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles, le capital assuré est majoré de 10 % si, au moment de l'accident, la personne assurée portait une ceinture de sécurité correctement attachée alors qu'elle conduisait un véhicule ou en était un passager.

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

Maladie grave (1 000 \$)

S'il a été établi par un médecin spécialiste qu'une personne assurée souffre d'une des maladies ou affections assurées en vertu de la présente garantie – celle-ci étant alors en vigueur - et que cette personne survit pendant au moins 30 jours suivant la date du diagnostic, tel que définit dans certaines maladies ou affections assurées, la Compagnie lui versera 1 000,00 \$, sous réserve de tous les termes et toutes les conditions du contrat. La date du diagnostic doit être postérieure à la date d'effet de cette assurance.

En cas de récurrences d'un cancer ou de métastases : Aucune prestation ne sera versée pour une récurrence ou des métastases de cancer si le cancer a au départ été diagnostiqué avant la date d'émission de la protection de la personne assurée, sans égard à la date de la récurrence ou des métastases.

Si la personne assurée décède avant le versement de la prestation en vertu de la garantie en cas de maladie grave, c'est à sa succession qu'elle est alors versée. La prestation n'est versée que pour le premier état pathologique assuré à survenir.

Outre les exclusions et restrictions générales de la police, aucune prestation n'est versée si une maladie ou affection faisant l'objet de la présente garantie résulte directement ou indirectement d'une ou de plusieurs des conditions suivantes :

- a) d'une maladie ou affection, ou de quelque trouble mental, nerveux ou psychiatrique pour lequel la personne assurée a reçu ou qu'une personne prudente aurait normalement reçu des conseils médicaux, un traitement, des soins ou des services, des médicaments d'ordonnance, un diagnostic ou une consultation, y compris une consultation pour investigation ou pour poser un diagnostic (là où il n'a pas encore été établi), dans les 24 mois qui précèdent immédiatement la date d'effet de l'assurance de la personne assurée. Cette exclusion s'applique dans les 24 mois qui suivent immédiatement la date d'effet de l'assurance;
- b) l'absorption d'un poison ou l'inhalation d'un gaz toxique - intentionnellement ou non – n'ayant aucun rapport avec l'emploi de la personne assurée;
- c) la consommation de n'importe quelle drogue autrement que sur ordonnance d'un médecin autorisé.

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

De plus, aucune prestation en vertu de la garantie en cas de maladie grave ne sera versée si la personne assurée a subi un accident vasculaire cérébral occasionné, directement ou indirectement, par la pratique amateur ou professionnelle de la boxe, du saut à l'élastique, du paralpinisme, du saut de falaise, de l'alpinisme, de la course automobile ou de concours de vitesse terrestres ou nautiques, du parachutisme, ou d'activités sous-marines, y compris la plongée avec scaphandre autonome et la plongée « snuba ».

Une personne assurée n'aura pas droit à la garantie en cas de maladie grave, si on lui a diagnostiqué un cancer (couvert ou restreint selon la police), ou si des symptômes ou problèmes de santé se manifestent, ou si des investigations menant au diagnostic d'un cancer (couvert ou restreint selon la police) dans les 90 jours qui suivent la date d'effet d'assurance de la personne assurée en vertu de la présente police peu importe la date de diagnostic.

« Maladie ou affection assurée », s'entend d'un accident vasculaire cérébral (AVC), d'un cancer (avec risque de décès à court terme), d'une chirurgie de l'aorte, d'une crise cardiaque.

Prestations d'études supérieures (10 000 \$)

Si une personne assurée décède des suites d'une blessure, la Compagnie verse 5 % du capital assuré à tout enfant à charge de la personne décédée qui, à la date où s'est produit l'accident, était inscrit comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement postsecondaire (maximum de quatre années). Si, à la date du sinistre, il n'y a aucun enfant à charge admissible, la Compagnie verse un supplément de 2 500,00 \$ au bénéficiaire désigné.

Prolongation d'assurance

L'assurance peut être maintenue pendant toute absence autorisée, mise à pied temporaire ou invalidité et tout congé parental ou de maternité. Ce maintien d'assurance est assujéti au paiement ininterrompu des primes et cesse dès la fin d'une période maximale de douze mois (ou au 65^e anniversaire de l'intéressé, s'il est en congé d'invalidité), ou la date de retour au travail.

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

Rapatriement d'un défunt (15 000 \$)

Si une personne assurée décède des suites d'une blessure, la Compagnie assume les frais engagés pour l'expédition de la dépouille à la ville où résidait la personne qui est décédée.

Réadaptation (15 000 \$)

Si une personne assurée subit une blessure l'obligeant à obtenir une formation spéciale pour devenir apte à exercer une profession particulière qu'elle n'aurait pas exercée n'eut été cette blessure, la Compagnie assume les frais raisonnables et nécessaires engagés à cet égard, à condition qu'il s'agisse d'une blessure ouvrant droit à des indemnités en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles.

Services de garderie (5 000 \$)

Si une personne assurée décède des suites d'une blessure, la Compagnie verse 5 % du capital assuré par année, à concurrence de quatre années consécutives, à l'égard de tout enfant à charge de moins de 13 ans qui, à la date de l'accident ou dans les douze mois suivants, est inscrit à une garderie dûment agréée.

Transport d'un membre de la famille (15 000 \$)

Si une personne assurée ayant subi une blessure ouvrant droit à des indemnités en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles est hospitalisée à au moins 150 kilomètres de son lieu de résidence, la Compagnie assume les frais effectivement engagés pour l'hébergement d'un membre de la famille immédiate ainsi que pour son transport par le parcours le plus direct entre son domicile et le lieu d'hospitalisation de la personne assurée. Si le transport se fait dans un véhicule ou un appareil qui n'est pas autorisé à transporter des passagers contre rémunération, le remboursement des frais de transport se limite à un maximum de 0,35 \$ par kilomètre parcouru.

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

Assurance aérienne limitée

L'assurance consentie en vertu de la présente police comprend l'indemnisation en cas de blessures subies du fait d'avoir – en qualité de passager et non en qualité de pilote ou de membre d'équipage – voyagé à bord de, monté ou descendu de, été heurté par ou forcé d'atterrir dans :

(a) tout aéronef muni d'un certificat de navigabilité valide et exploité par une personne ayant une licence de pilote en règle l'autorisant à piloter un tel aéronef, ou

(b) tout type d'aéronef de transport employé par les Forces canadiennes ou par les services de transport analogues de toute autre autorité gouvernementale dûment constituée d'un état partout dans le monde, à condition que cet aéronef ne soit pas à l'essai ou ne serve pas alors à des fins expérimentales.

Indépendamment de a) et de b) ci-dessus, la présente police exclut toute blessure subie du fait d'avoir – en qualité de passager, de pilote, d'exploitant ou de membre de l'équipage – voyagé à bord de, monté ou descendu de, été heurté par ou forcé d'atterrir dans tout aéronef dont le Titulaire de la police est le propriétaire, l'exploitant ou le preneur à bail.

Cessation de l'assurance d'une personne assurée

L'assurance de toute personne assurée prend immédiatement fin selon ce qui se produit en premier : a) la date de résiliation de la présente police; b) la date d'échéance de la prime si le Titulaire de la police omet de payer la prime exigée pour une personne assurée, sauf si c'est par inadvertance; c) la date d'échéance de la prime qui coïncide avec ou qui suit immédiatement la date de la retraite de la personne assurée; d) la date d'échéance de la prime qui suit la date à laquelle une personne assurée cesse d'être admissible à l'assurance en vertu de la présente, sauf dispositions contraires énoncées sous la rubrique « Prolongation d'assurance ».

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

En quel cas l'assurance est-elle sans effet?

- en cas de guerre, déclarée ou non, ou de quelque acte d'hostilité en découlant;
- en cas de service actif à temps plein au sein des forces armées de tout pays;
- en cas de suicide ou de tentative de suicide ou en cas de blessure qu'on s'est intentionnellement infligée, qu'on soit sain d'esprit ou non;
- en cas de vol en qualité de passager ou autre à bord de tout véhicule ou appareil de navigation aérienne sauf selon les dispositions prévues dans la rubrique « Assurance aérienne limitée ».

Bénéficiaire

Est bénéficiaire toute personne ainsi désignée par la personne assurée en vertu de l'actuelle police d'assurance vie collective de base du Titulaire de la police. En l'absence d'une telle désignation, le bénéficiaire en cas de décès de la personne assurée sera la succession de celle-ci. Toute autre indemnité exigible sera versée à la personne assurée elle-même, à l'exception des indemnités exigibles en vertu des garanties suivantes :

- Formation de reclassement du conjoint
- Identification de la dépouille
- Prestations d'études supérieures
- Rapatriement d'un défunt
- Service de garderie
- Transport d'un membre de la famille

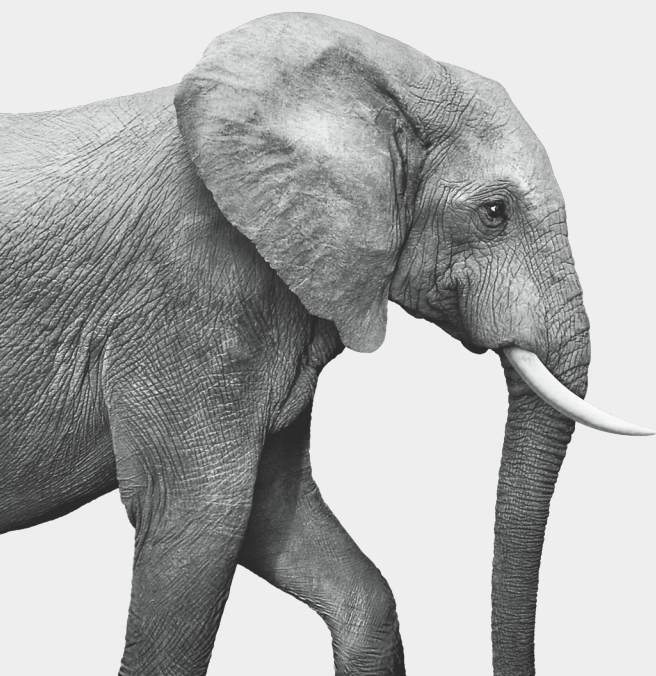
Dans le cas où cette police remplacerait une police en vigueur du Titulaire de la police, les renseignements au dossier concernant la désignation de bénéficiaire(s) seront supposés valides et demeureront pleinement applicables jusqu'à la réception d'une demande écrite de modification de la part de l'assuré.

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

Toute procédure ou démarche intentée contre l'assureur aux fins de recouvrement des prestations payables aux termes du contrat est strictement interdite à moins qu'elle n'ait été entreprise dans les délais prévus par la Loi sur les assurances ou une autre loi applicable.

Le présent aperçu n'est fourni qu'à titre d'information. Pour connaître le détail de l'assurance, veuillez consulter le contrat cadre remis au Titulaire de la police et qui énonce clairement les dispositions du régime. Tout droit et toute obligation découlant de celui-ci est régi par le contrat cadre de la police établie par iA Marchés spéciaux, une division de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. et non par le présent aperçu.

NOTES



F54-514-2(21-06)

ON S'INVESTIT, POUR VOUS.

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

ia.ca