

INDUSTRIELLE ALLIANCE, ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

Titulaire de la police : **COMITÉ CONJOINT DES MATÉRIAUX DE CONSTRUCTION**

N° de la police : **552-C**

AVENANT DE POLICE N° 14

Il est entendu et convenu qu'à compter du **premier jour de janvier 2024**, les modifications suivantes sont apportées à cette police.

Les modifications de l'avenant sont identifiées dans ce document.

CONDITIONS GÉNÉRALES

- Mise à jour de la clause Modification aux régimes gouvernementaux suite aux nouvelles dispositions de la Loi sur le régime des rentes du Québec.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

- Mise à jour de la section Réduction des versements de la prestation suite aux nouvelles dispositions de la Loi sur le régime des rentes du Québec.

Toutes les modifications indiquées ci-dessus se rattachent et font partie de cette police et toutes les autres conditions de ladite police qui ne sont pas incompatibles avec cet avenant demeurent pleinement en vigueur.

Signé à Québec, Canada, le dixième jour de janvier 2024.



Président et
chef de la direction



Vice-président exécutif

Le titulaire de la police

**COMITÉ CONJOINT DES MATÉRIAUX
DE CONSTRUCTION**

N° de police

552 - C

Prise d'effet

Le 1^{er} janvier 2010

Date de renouvellement

**Le 1^{er} août 2010 et, par la suite, le 1^{er} août
de chaque année**

INDUSTRIELLE ALLIANCE, ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.
(l'assureur)

s'engage envers le titulaire de la police
(nommé ci-dessus)

à verser les prestations prévues aux présentes conformément aux conditions contenues ci-après.

Faite à Québec, Canada, le troisième jour de septembre 2010.



Président et
chef de la direction



Secrétaire de la compagnie

**INDUSTRIELLE ALLIANCE,
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.**

**COMITÉ CONJOINT DES
MATÉRIAUX DE CONSTRUCTION**

Frédéric Mageren
Signataire autorisé

Signataire autorisé

Date : _____

Date : _____

TABLE DES MATIÈRES

	Page
TABLEAU SOMMAIRE	TS-1
CONDITIONS GÉNÉRALES	1-1
DÉFINITIONS	1-1
DISPOSITIONS DE LA POLICE	1-3
ASSURANCE	1-7
PRIMES	1-11
PRESTATIONS	1-13
ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT	2-1
ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	3-1
ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE	4-1
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	5-1
ASSURANCE-MÉDICAMENTS	6-1
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE	7-1
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE	8-1
ASSURANCE SOINS DENTAIRES	9-1

TABLEAU SOMMAIRE

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

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

La présente police est une réécriture de la police G-552-A émise le premier jour de novembre 1991 et des avenants subséquents. Elle n'a pas pour but de réduire les droits, obligations et dispositions contenus dans ladite police et ses avenants subséquents.

Cette police peut également être consultée 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.

Les participants sont assurés selon le compte et les catégories ci-dessous :

Compte

001 – Comité Conjoint des matériaux de construction

Catégories

Employés assujettis

100 – Employés actifs

110 – Employés retraités assujettis au décret et retraités avant le 1^{er} janvier 2010

111 – Employés retraités avant le 1^{er} janvier 2010 qui sont assujettis au décret et qui sont activement au travail

Employés non assujettis

120 – Employés actifs

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

CONDITIONS GÉNÉRALES

DATE D'ADMISSIBILITÉ

Un employé devient admissible à l'une des dates suivantes, sous réserve de toute autre disposition :

Employés assujettis au décret

Catégories 100, 110 :

le premier jour du mois qui suit le mois au cours duquel il a complété 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.

Catégorie 111 :

- a) au 1^{er} août 2011, s'il a complété le nombre d'heures de travail payées, conformément aux procédures adoptées par le Comité Conjoint, ou
- b) le premier jour du mois qui suit le mois au cours duquel il a complété 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

- a) à la date de prise d'effet de la police, s'il est alors à l'emploi de l'employeur et a versé 12 contributions hebdomadaires au Comité, ou
- b) le premier jour du mois suivant la date à laquelle le Comité a reçu 12 contributions hebdomadaires.

PARTICIPATION MINIMALE

En tout temps, le nombre de participants ne doit pas être inférieur à 100 % des employés admissibles.

RETRAITE

L'âge normal de la retraite est le 65^e anniversaire de naissance du participant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

<u>Catégories</u>	<u>Capital assuré</u>
100, 111, 120	20 000 \$
110 ⁽¹⁾	5 000 \$

⁽¹⁾ *Tout participant prenant sa retraite à compter du 1^{er} janvier 2010 n'est pas admissible à la présente garantie.*

Terminaison :

Catégories 100, 111, 120 : Cette garantie se termine à la date de la retraite du participant.

Catégorie 110 : Cette garantie se termine au décès du participant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

<u>Catégories</u>		<u>Capital assuré</u>
100, 111, 120	Conjoint :	5 000 \$
	Chaque enfant	
	– moins de 24 heures :	Sans objet
	– 24 heures et plus :	2 500 \$
110	Sans objet	

Terminaison :

Cette garantie se termine à la date de la retraite du participant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

Catégories

Prestation hebdomadaire

100, 111, 120

60 % du 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 \$.

110

Sans objet

Délai de carence :

Accident : 0 jour

Hospitalisation ⁽¹⁾ : 0 jour

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 à 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 de 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.

Terminaison :

Cette garantie se termine à la date de la retraite du participant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Catégories

Prestation mensuelle

100, 111, 120

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.

110

Sans objet

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 du participant

Les prestations sont non imposables.

Terminaison :

Cette garantie se termine au 65^e anniversaire de naissance du participant ou à sa retraite, si elle est antérieure.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

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 au 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.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

HOSPITALISATION DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

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

TOUS LES AUTRES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA

Catégories

100, 111, 120	Franchise :	Aucune
	Remboursement :	70 %
	Maximum :	Illimité
110	Sans objet	

Terminaison :

Cette garantie se termine à la date de la retraite du participant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (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 (y compris les services de psychanalyse) et d'un psychothérapeute	Maximum combiné de 700 \$ par année civile. 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.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (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 %.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Catégories

100, 111, 120

Franchise

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

Remboursement

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

Maximum par personne assurée

- soins préventifs, soins
curatifs et soins majeurs : 1 000 \$ par année civile

110

Sans objet

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.

Terminaison :

Cette garantie se termine à la date de la retraite du participant.

CONDITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Acceptation des preuves d'assurabilité : La date d'acceptation de toute preuve d'assurabilité signifie la date de réception du dernier document validant l'acceptation du risque par l'assureur.

Administrateur : Comité Conjoint des matériaux de construction.

Âge normal de la retraite : L'âge indiqué au Tableau sommaire.

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 nécessite les soins d'un médecin dans les 30 jours de sa survenance.

Délai de carence : La période continue indiquée au Tableau sommaire pendant laquelle le participant doit être absent du travail par suite d'une invalidité avant d'avoir droit à des prestations d'assurance salaire.

Effectivement au travail : L'état d'un participant qui accomplit ses tâches et fonctions habituelles sur une base permanente et à plein temps selon l'horaire établi par l'employeur. Lorsqu'il est fait mention d'un nombre de jours de travail à temps plein, les jours de congé chômés sont considérés comme des jours de travail à temps plein.

Employé : Toute personne qui est effectivement au travail sur une base permanente pour l'employeur, qui touche régulièrement un salaire pour ses services et qui est soumis à l'Arrêté en conseil n° 790 sanctionné par le Lieutenant-Gouverneur en conseil à Québec, le 8 mai 1962 et aux amendements effectués par la suite.

Employeur : Un employeur soumis à l'Arrêté en conseil n° 790 sanctionné par le Lieutenant-Gouverneur en conseil à Québec, le 8 mai 1962 et aux amendements effectués par la suite.

Hospitalisation : L'occupation d'une chambre d'hôpital à titre de patient admis.

Maladie : Détérioration de la santé ou désordre de l'organisme qui nécessite des soins médicaux réguliers, continus et curatifs à défaut de détérioration de l'état de la personne, considérés comme satisfaisants par l'assureur et effectivement donnés par un médecin.

Médecin : Une personne légalement licenciée et autorisée à pratiquer la médecine.

Participant : Tout employé ou retraité qui est assuré en vertu du contrat.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Période d'admissibilité : La période continue pendant laquelle l'employé doit être effectivement au travail avant d'être admissible à l'assurance.

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 présente police.

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 :

- a) Être âgé de moins de 21 ans; ou
- b) Être âgé de moins de 26 ans et fréquenter à plein temps une institution d'enseignement reconnue; ou
- c) 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).

Personne assurée : Le participant et les personnes à sa charge assurées en vertu du contrat.

Retraité : Une personne ayant pris sa retraite conformément aux procédures adoptées par le Comité Conjoint.

Salaire annuel : La rémunération de base brute annuelle que l'employeur verse au participant et que l'employeur ou le titulaire de la police a déclarée à l'assureur, incluant tout revenu additionnel gagné sur une base régulière (dividendes, heures supplémentaires, bonis, commissions, primes de quart, pourboires) qui est compris conformément aux normes établies en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi. Les dividendes compris dans le salaire sont habituellement suspendus lors d'une invalidité.

Pour les participants rémunérés en tout ou en partie sur une base de commissions ou de pourboires, le salaire annuel correspond au total de la rémunération de base brute annuelle et des commissions ou pourboires gagnés au cours de l'année civile qui précède immédiatement l'année d'assurance.

Salaire hebdomadaire : La rémunération versée par l'employeur, à l'exclusion des bonis, des gratifications, des heures supplémentaires et de toute autre forme de rémunération. Toutefois, le salaire hebdomadaire est égal au salaire effectivement versé par l'employeur à l'employé, qu'il soit assujéti ou non au décret, sans excéder 40 heures par semaine.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Salaires net : Le salaire annuel du participant immédiatement avant le début de l'invalidité, moins les déductions suivantes :

- a) La cotisation ouvrière payable annuellement en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi;
- b) La cotisation annuelle au Régime de rentes du Québec ou au Régime de pensions du Canada;
- c) L'impôt sur le revenu selon les tables d'impôt établies en vertu de la Loi canadienne de l'impôt sur le revenu et de la Loi de l'impôt sur le revenu de la province de résidence du participant.

Spécialiste : Une personne spécialisée dans une branche de la médecine et légalement licenciée par l'organisme provincial responsable.

DISPOSITIONS DE LA POLICE

RENOUVELLEMENT

À moins de préavis écrit contraire d'au moins 31 jours de la part du titulaire ou de l'assureur, le présent contrat est renouvelé d'office à chaque date de renouvellement, pour une période d'une année, pourvu que les primes échues soient payées.

MODIFICATION AU CONTRAT

Le contrat ne peut être modifié qu'au moyen d'un avenant approuvé par les signataires autorisés de l'assureur.

Si le titulaire désire apporter une modification au contrat, il doit en aviser par écrit l'assureur à son siège social ou à un bureau régional désigné à cette fin.

MODIFICATION AUX RÉGIMES GOUVERNEMENTAUX

Les prestations prévues en vertu de la présente police sont établies en complémentarité des prestations prévues aux régimes gouvernementaux. Toute modification à ces régimes après la date de prise d'effet de la présente police 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.

Malgré ce qui précède, l'assureur peut modifier la présente police, après sa date de prise d'effet, si une modification apportée à un régime gouvernemental change le risque de l'assureur dont notamment la capacité de l'assureur à réduire le montant de la prestation payable par l'assureur. Toute modification à la présente police en vertu du présent paragraphe s'applique à compter de sa prise d'effet à tous les participants, qu'ils soient ou non effectivement activement au travail, ainsi que leurs personnes à charge.

Nonobstant ce que prévoient les paragraphes précédents, la présente police sera modifiée de façon à comporter les changements apportés au *maximum de la rémunération assurable* déterminé en vertu

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

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, cette police 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 présente police 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 présente police.

RÉSILIATION DU CONTRAT

Le titulaire peut mettre fin au contrat à toute date d'échéance de prime pourvu que l'assureur en ait été avisé par écrit avant cette date. Toutefois, si la date de résiliation ne coïncide pas avec la date d'échéance de la prime, le titulaire doit verser à l'assureur une prime couvrant la période entre la dernière date d'échéance et la date de résiliation.

La résiliation prend effet à la dernière des dates suivantes :

- a) La date à laquelle l'assureur reçoit l'avis écrit à son siège social ou à un bureau régional désigné à cette fin;
- b) La date de résiliation demandée.

L'assureur peut mettre fin au contrat :

- a) À la date de renouvellement, en donnant un avis écrit au titulaire d'au moins 31 jours avant la date de renouvellement;
- b) À la date indiquée sur l'avis écrit adressé au titulaire par l'assureur lorsque le titulaire ne s'est pas conformé aux conditions du contrat;
- c) Si le pourcentage de participation est inférieur à celui indiqué au Tableau sommaire, en donnant au titulaire un avis écrit d'au moins 31 jours.

Le contrat est résilié d'office le dernier jour du délai de grâce si le titulaire n'a pas payé la prime exigible.

RENSEIGNEMENTS

Le titulaire doit fournir à l'assureur tous les renseignements dont ce dernier a besoin pour déterminer la prime. Il doit permettre à l'assureur de consulter la feuille de paye et tous les livres ou registres pertinents lorsque cela est raisonnablement possible.

Chaque fois que cela est raisonnablement possible, l'assureur est autorisé à consulter tous les livres et registres appartenant à toute personne physique ou morale et contenant des renseignements relatifs à la présente assurance.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

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.

RENONCIATION

Aucun agissement ni aucune promesse d'un représentant, au nom de l'assureur ou en son nom propre, ne peut constituer ou présumer une renonciation de l'assureur à une condition quelconque du contrat, le représentant n'ayant en aucun temps un tel pouvoir ou mandat.

Si l'assureur n'a pas exigé l'observation d'une condition quelconque du contrat, cela ne l'engage pas à agir de la même façon en cas de défaut d'exécuter ou d'observer la même condition à l'avenir. De plus, le fait que l'assureur ait approuvé une action quelconque du titulaire ou d'un participant lorsque cette approbation était requise n'a pas pour effet de dispenser le titulaire ou le participant de l'obligation d'obtenir l'approbation de l'assureur pour toute action semblable ultérieure.

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.

ÂGE

L'âge du participant, établi selon la date de naissance déclarée, sert de base au calcul de la prime.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

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

CESSION ET MISE EN GAGE

Les droits conférés en vertu du présent contrat ne peuvent être cédés ni mis en gage.

MONNAIE LÉGALE

Les sommes dues en vertu du présent contrat sont payables en monnaie légale du Canada.

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 présente police, 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 présente police entrera en vigueur le jour suivant la date de cessation de la couverture comparable.

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.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

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 la 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.

La présente police 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.

POURSUITES JUDICIAIRES

Aucune poursuite judiciaire en recouvrement des garanties du présent contrat d'assurance ne pourra être entamée avant que soixante 60 jours (30 jours dans le cas d'une prestation d'assurance vie) ne se soient écoulés après la présentation complète de la demande de prestations.

ÉVALUATION DE L'EXPÉRIENCE

À la fin de chaque année de police, un remboursement de primes peut être accordé pour ladite année, suite à une évaluation de l'expérience faite selon la pratique courante de l'assureur à cette date et des résultats obtenus.

ASSURANCE

ADMISSIBILITÉ

Employé

Un employé devient admissible :

- a) Dès la prise d'effet du contrat, s'il est déjà en fonction et s'il a complété la période d'admissibilité spécifiée au Tableau sommaire, ou
- b) Dans tous les autres cas, à la date à laquelle il a complété la période d'admissibilité spécifiée au Tableau sommaire.

Cependant, aucun employé engagé après la prise d'effet du contrat n'est admissible à l'assurance s'il atteint l'âge normal de la retraite avant la fin de la période d'admissibilité ou, dans le cas de l'assurance salaire, avant la fin du délai de carence.

Personnes à charge

Une personne à charge devient admissible à l'assurance à la plus éloignée des dates suivantes :

- a) La date à laquelle l'employé dont elle est à charge est admissible à l'assurance;

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

- b) La date à laquelle elle répond pour la première fois à la définition d'une personne à charge du présent contrat;
- c) Le lendemain de sa sortie de l'hôpital, si elle est hospitalisée à la date à laquelle elle serait normalement admissible.

Tout employé admissible à l'assurance doit soumettre une demande d'assurance, pour lui-même et les personnes à sa charge, au moyen des formulaires fournis par l'assureur.

Cependant, si le conjoint d'un employé est admissible à l'assurance comme un employé de l'employeur, il aura le choix de s'assurer comme employé ou comme personne à charge de l'employé. Le conjoint d'un employé est considéré une personne à charge à moins qu'il ne soit assuré en vertu d'un autre contrat d'assurance.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

Que le régime soit obligatoire ou facultatif, l'assurance d'un employé et, s'il y a lieu, celle de ses personnes à charge prennent effet à l'une des dates suivantes :

- a) La date d'admissibilité, si la demande de participation est reçue par l'assureur à ou avant cette date;
- b) La date d'admissibilité, si la demande de participation est reçue par l'assureur dans les 31 jours qui suivent cette date;
- c) Dans les autres cas, si l'assureur accepte les preuves d'assurabilité exigibles, la date d'acceptation des preuves par l'assureur. L'employé doit fournir ces preuves sans aucuns frais de la part de l'assureur.

Cependant, si l'employé n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle l'assurance aurait dû prendre effet, l'assurance ne prend effet qu'à la date à laquelle l'employé retourne effectivement au travail.

Tout montant d'assurance qui excède le maximum sans preuve d'assurabilité indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant, prend effet à la date à laquelle l'assureur accepte les preuves d'assurabilité.

Si les personnes à charge du participant sont déjà assurées, toute personne qui, par la suite, devient une personne à charge est immédiatement assurée sans qu'aucun avis soit nécessaire.

FIN DE L'ASSURANCE

Participant

L'assurance du participant se termine d'office à la première des dates suivantes :

- a) La date de résiliation de la garantie ou du contrat;
- b) La date à laquelle le participant prend sa retraite, à moins d'indication contraire au Tableau sommaire;
- c) La date à laquelle le participant atteint l'âge limite indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant;

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

- d) La date du décès du participant;
- e) La dernière des dates suivantes :
 - i) la date indiquée sur un avis écrit reçu du titulaire;
 - ii) la date de réception de cet avis par l'assureur.
- f) La date à laquelle l'assurance prend fin selon les dispositions de l'article CONTINUITÉ ET FIN DE L'ASSURANCE du présent contrat;
- g) La date à laquelle le participant s'engage comme membre actif dans les forces militaires, navales ou aériennes de n'importe quel pays, période durant laquelle le participant est considéré comme ayant terminé son emploi.

Personnes à charge

À moins d'indication contraire au Tableau sommaire, l'assurance d'une personne à charge se termine à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle le participant dont elle est à charge cesse d'être assuré en vertu du contrat;
- b) La date à laquelle la personne à charge ne répond plus à la définition de Personnes à charge du présent contrat.
- c) La dernière des dates suivantes :
 - i) la date indiquée sur un avis écrit reçu du titulaire;
 - ii) la date de réception de cet avis par l'assureur;
- d) La date à laquelle le participant dont elle est à charge prend sa retraite;
- e) La date à laquelle l'assurance prend fin selon les dispositions de l'article CONTINUITÉ ET FIN DE L'ASSURANCE du présent contrat.

Les dispositions ci-dessus sont également applicables en cas de résiliation partielle de l'assurance par suite de la résiliation d'une ou de plusieurs garanties.

CONTINUITÉ ET FIN DE L'ASSURANCE

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 travaillera le nombre 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 requis 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.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Le crédit d'un employé est égal au total accumulé des heures de travail payées 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

- 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 :

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

- Prolongation de l'assurance sans paiement des primes

De plus, l'assurance d'un participant 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 le participant reçoit l'une ou l'autre de ces prestations.

REMISE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE

Que le régime soit obligatoire ou facultatif, l'assurance d'un employé et celle des personnes à sa charge, s'il y a lieu, sont remises en vigueur aux mêmes conditions que celles qui existaient lors de la résiliation. La remise en vigueur prend effet à l'une des dates suivantes :

- a) La date à laquelle le participant retourne effectivement au travail, à condition que l'employé soit de nouveau admissible et que sa demande parvienne à l'assureur dans les 31 jours qui suivent la date de son retour au travail, s'il n'a pas été absent pendant une année civile complète. Passé ce délai de 31 jours, l'assurance ne prend effet qu'à la date à laquelle l'assureur accepte les preuves d'assurabilité que le participant doit lui soumettre sans aucuns frais de la part de l'assureur;
- b) La date à laquelle l'assureur accepte les preuves d'assurabilité que le participant doit lui soumettre sans aucuns frais de la part de l'assureur, si l'assurance a pris fin sans qu'il y ait eu absence du participant;
- c) La date à laquelle le participant et les personnes à charge, s'il y a lieu, répondent à nouveau aux conditions d'admissibilité et de prise d'effet de l'assurance, s'il a été absent pendant une année civile complète.

Toutefois, le participant qui n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle son assurance devrait être remise en vigueur en vertu du présent article ne pourra être assuré de nouveau qu'à la date à laquelle il retournera effectivement au travail. De plus, si un contrat d'assurance vie individuelle a été établi en vertu de l'article «Droit de transformation» de la garantie d'assurance vie collective du

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

participant et que ce contrat d'assurance vie individuelle est encore en vigueur, la personne assurée ne pourra être assurée de nouveau en vertu du contrat d'assurance collective qu'à la date à laquelle l'assureur acceptera les preuves d'assurabilité qu'elle doit lui soumettre.

MODIFICATION AU MONTANT D'ASSURANCE

Le participant est tenu d'aviser immédiatement par écrit l'assureur, au moyen des formulaires désignés à cette fin, de tout événement susceptible de modifier son assurance. La modification de l'assurance prend effet à la date réelle de l'événement. Toutefois, en cas d'augmentation de l'assurance, la modification prend effet à la dernière des dates suivantes :

- a) La date réelle de l'événement, si l'assureur reçoit l'avis avant cette date, à condition que le participant soit alors effectivement au travail;
- b) La date à laquelle l'assureur reçoit l'avis écrit, si cet avis lui parvient après la date de l'événement, à condition que le participant soit alors effectivement au travail;
- c) La date à laquelle l'assureur accepte les preuves d'assurabilité que le participant doit soumettre pour tout montant d'assurance qui excède le maximum sans preuve d'assurabilité indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant, à condition que le participant soit alors effectivement au travail.

Cependant, si le participant n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle la modification aurait dû prendre effet, la modification ne prend effet qu'à la date de son retour au travail.

PROLONGATION EN CAS DE DÉCÈS DU PARTICIPANT

Advenant le décès d'un participant, les garanties d'assurance à l'égard de ses personnes à charge sont maintenues en vigueur, sans paiement de prime, jusqu'au dernier jour du 3^e mois qui suit le mois au cours duquel le participant est décédé.

PRIMES

ÉCHÉANCE

La prime initiale doit être versée par le titulaire à la prise d'effet du contrat et les primes subséquentes sont payables le premier jour de chaque mois.

CALCUL

La prime totale payable à toute date d'échéance est la somme des diverses primes relatives à chacune des garanties et à chacun des participants, y compris celles des personnes à charge, s'il y a lieu. Cette prime est déterminée selon les taux alors en vigueur aux termes du présent contrat.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

La prime afférente à toute augmentation, diminution, résiliation ou mise en vigueur de l'assurance, après la prise d'effet du contrat, est calculée en tenant compte de la date de prise d'effet de la modification.

Aucun remboursement de prime par l'assureur n'est effectué pour une période antérieure à 3 mois de la date de réception de l'avis écrit de modification.

MODIFICATION DES TAUX DE PRIME

Les taux de prime sont valides pour la période indiquée au Tableau sommaire mais peuvent être modifiés à la date de renouvellement et par la suite à toute date d'échéance.

Toutefois, l'assureur peut modifier les taux de prime en tout temps :

- a) s'il survient une modification importante dans le nombre de participants;
- b) s'il survient une modification importante dans la nature du risque couvert;
- c) s'il survient une modification des montants payables en vertu des garanties du présent contrat par suite de changements apportés aux lois provinciales ou fédérales et à leurs règlements ou par suite d'un arrêté en conseil.

L'assureur doit cependant aviser le titulaire par écrit au moins 90 jours avant la date de prise d'effet de la modification.

PAIEMENT

Toutes les primes afférentes au contrat et leur rajustement, s'il y a lieu, sont payables par le titulaire à l'assureur, à son siège social ou à un bureau régional désigné à cette fin, à la date de leur échéance respective. Le paiement d'une prime maintient le contrat en vigueur jusqu'au dernier jour de la période pour laquelle la prime a été payée.

Un délai de grâce de 90 jours, à l'exclusion de la date d'échéance de la prime, est accordé au titulaire pour le paiement de toute prime, sauf de la première. Le contrat est maintenu en vigueur durant ce délai, à moins que le titulaire n'ait au préalable avisé l'assureur par écrit que le contrat devait être résilié à la dernière échéance de prime.

À l'expiration du délai de grâce, le contrat est résilié d'office si le titulaire n'a pas payé la prime échue. Néanmoins, le titulaire doit quand même verser toute prime ou partie de prime alors échue et impayée.

Si le titulaire avise par écrit l'assureur pendant le délai de grâce de résilier le contrat avant l'expiration de ce délai, il doit verser à l'assureur une prime proportionnelle à la période comprise entre la date de la dernière échéance de prime et la date de résiliation du contrat.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

PRESTATIONS

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 présente police 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.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

EXAMEN MÉDICAL

L'assureur a le droit de faire examiner, à ses frais et aussi souvent qu'il le juge nécessaire, la personne pour qui une demande de règlement est faite et de recevoir le rapport de tout médecin ou de tout dentiste qui l'aura examinée.

Le défaut de se présenter à un tel examen fait perdre à la personne assurée le droit aux prestations.

PAIEMENT

L'assureur paiera les sommes assurées, suivant les conditions du contrat, dans les 30 jours qui suivent la date de réception des preuves jugées satisfaisantes par l'assureur, à condition que les formalités légales, fiscales ou successorales aient été remplies, s'il y a lieu. Toutefois, s'il s'agit d'une invalidité, le délai de 30 jours commence à la date d'expiration du délai de carence, si cette date est ultérieure à la date de réception des preuves jugées satisfaisantes par l'assureur. Les versements ultérieurs sont effectués selon les conditions du contrat avec effet rétroactif.

SUBROGATION

Si des prestations sont payables en vertu de la présente police 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 :

- a) Toute perte passée, présente ou future de salaire, rémunération ou revenu; et
- b) Toute autre prestation payable ou payée en vertu de la présente police.

Le participant ou la personne à charge devra rembourser à l'assureur toute somme jusqu'à concurrence des prestations payées ou payables dans le futur en vertu de la présente police 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 qu'aucune répartition n'a été prévue dans le règlement quant aux prestations payées ou payables par l'assureur, l'assureur se fera rembourser, à même les dommages-intérêts obtenus, le plein montant de toute prestation qui a été payée au participant ou à la personne à charge. L'assureur a également le droit de se faire rembourser un montant, déterminé par l'assureur, qui reflète raisonnablement la valeur des prestations futures qui seraient payables au participant ou à la personne à charge en vertu de la présente police. 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.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Si le participant ou la personne à charge omet de rembourser l'assureur conformément à la présente police, 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 qui reflète raisonnablement, tel que déterminé par l'assureur, le montant total ou la valeur des prestations futures 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 brut 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, ou d'exercer tout autre droit ou recours qu'il pourrait avoir en vertu de la présente police ou en vertu de la loi.

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 présente police ou de la loi.

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 présente police.

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

OBJET DE LA GARANTIE

Au décès du participant, l'assureur s'engage à verser au bénéficiaire le capital assuré, sous réserve des conditions ci-après énoncées.

Tout participant prenant sa retraite à compter du 1^{er} janvier 2010 n'est pas admissible à la présente garantie.

DÉFINITION PARTICULIÈRE

Invalidité

Si le participant est couvert en vertu de la garantie ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE du présent contrat :

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 de la garantie d'Assurance salaire de longue durée 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.

Si le participant n'est pas admissible à recevoir des prestations ou n'est pas couvert en vertu de la garantie ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE du présent contrat :

L'incapacité totale et continue du participant, par suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle, qui l'empêche de faire quelque travail que ce soit contre rémunération ou profit.

CAPITAL ASSURÉ

Le capital assuré en vertu de la présente garantie est indiqué au Tableau sommaire, selon la catégorie à laquelle appartient le participant. L'assureur s'engage à verser au bénéficiaire le capital assuré au moment du décès.

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;

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT (suite)

- 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 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

En cas de cessation de l'emploi de tout participant âgé de moins de 65 ans ou de cessation de son appartenance au groupe, sa protection d'assurance vie est prolongée, sans paiement de prime, jusqu'au 31^e jour qui suit la date de cessation.

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT (suite)

EXONÉRATION DES PRIMES

Un participant qui devient invalide est admissible à l'exonération du paiement de la prime en vertu de la présente garantie, s'il répond à chacune des conditions suivantes :

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

Le montant d'assurance pour lequel le participant est exonéré du paiement de la prime ne peut dépasser celui qui était en vigueur sur sa tête à la date du début de son invalidité; ce montant est sujet à réduction et à résiliation comme si le participant était effectivement au travail.

Le participant dont les primes sont exonérées en vertu de cet article doit soumettre à l'assureur une preuve de la persistance de son invalidité aussi souvent que l'assureur peut raisonnablement l'exiger. Cette preuve doit être soumise sans aucuns frais de la part de l'assureur.

L'exonération des primes d'un participant débute le jour suivant une période continue de 6 mois d'invalidité et cesse à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle le participant cesse d'être invalide;
- b) La date à laquelle le participant omet de se faire examiner par le médecin désigné par l'assureur;
- c) La date à laquelle le participant omet de soumettre une preuve d'invalidité demandée par l'assureur.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Nonobstant toute disposition contraire des conditions générales du contrat, les dispositions de la présente garantie prévalent.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

OBJET DE LA GARANTIE

Au décès d'une personne à charge, l'assureur s'engage à verser au bénéficiaire les prestations prévues aux présentes, sous réserve des conditions énoncées ci-après.

CAPITAL ASSURÉ

Le capital assuré en vertu de la présente garantie est indiqué au Tableau sommaire, selon la catégorie à laquelle appartient le participant.

L'assureur s'engage à verser au bénéficiaire le capital assuré au moment du décès d'une personne à charge.

EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsqu'un participant est exonéré du paiement de ses primes en vertu de sa garantie d'assurance vie, il est aussi admissible à l'exonération du paiement des primes relatives à la présente garantie sous réserve des mêmes conditions.

Cette exonération de primes pour les personnes à charge cesse toutefois à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle le participant prend sa retraite;
- b) La date à laquelle l'assurance vie des personnes à charge aurait pris fin normalement si le participant avait été effectivement au travail;
- c) La date à laquelle l'exonération des primes du participant cesse.

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 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.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE (suite)

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.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Nonobstant toute disposition contraire des conditions générales du contrat, les dispositions de la présente garantie prévalent.

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

OBJET DE LA GARANTIE

L'assureur s'engage à verser au participant qui devient totalement invalide par suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle la prestation hebdomadaire prévue par la présente garantie pour chaque semaine ou partie de semaine durant laquelle persiste l'invalidité totale, sous réserve des conditions ci-après énoncées.

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 le participant complète la cure recommandée.

DÉFINITION PARTICULIÈRE

Invalidité

L'incapacité du participant, par suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle, de remplir toutes les fonctions de son travail régulier sans égard à la disponibilité de ce travail. Le participant ne doit cependant toucher aucune rémunération provenant directement ou indirectement d'un emploi.

Pour que l'invalidité soit reconnue, il faut que l'état du participant nécessite des soins réguliers et satisfaisants effectivement donnés par un médecin.

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 spécifiée au Tableau sommaire;
- b) La date à laquelle le participant cesse d'être invalide;
- c) La date à laquelle le participant atteint l'âge de cessation indiqué au Tableau sommaire;
- d) La date à laquelle le participant prend sa retraite;
- e) La date du décès du participant;

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE (suite)

- f) La date à laquelle le participant omet de se faire examiner par le médecin désigné par l'assureur;
- g) La date à laquelle le participant omet de soumettre les preuves demandées par l'assureur;
- h) La date à laquelle le participant exerce une occupation rémunératrice.

PÉRIODES SUCCESSIVES D'INVALIDITÉ

Si le participant qui a effectivement repris le travail redevient invalide avant qu'une période de 15 jours 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 à condition que le participant n'ait pas droit à des prestations mensuelles d'invalidité.

Cependant, si le participant qui a effectivement repris le travail redevient 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 une demande satisfaisante avait été faite en vertu de toute loi sur les accidents de 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 le participant avait droit à ce congé et en avait fait la demande.

Toutefois, si la garantie du participant est maintenue en vigueur pendant le congé, le délai de carence de l'assurance salaire débutera à la date prévue du retour au travail du participant, s'il n'avait pas été invalide.
- d) 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;

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE (suite)

- ii) Toute blessure que le participant s'inflige, 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 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 l'employeur et alors que la présente garantie était en vigueur, le délai de carence commence à la date prévue du retour au travail du participant.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Nonobstant toute disposition contraire des conditions générales du contrat, les dispositions de la présente garantie prévalent.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

OBJET DE LA GARANTIE

L'assureur s'engage à verser au participant qui devient 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 payable ou qui 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;

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (suite)

d) d'une loi provinciale d'indemnisation des victimes d'actes criminels.

La prestation mensuelle payable sera aussi réduite de toute rente de retraite payable, ou qui serait payable par le Régime de rentes du Québec au participant âgé de 60 à 65 ans admissible à une prestation d'invalidité du Régime de rentes du Québec, et ce, peu importe qu'il ait demandé ou non l'annulation de cette rente de retraite.

** Pour le participant à qui des prestations d'invalidité du Régime de rentes du Québec sont payables ou seraient payables, pour toute période débutant avant le 1^{er} janvier 2024, l'assureur réduira ou continuera de réduire de la prestation mensuelle payable, et ce pour toute la durée de l'invalidité :*

a) *le même montant de prestation d'invalidité que celui initialement approuvé par le Régime de rentes du Québec pour la période débutant avant le 1^{er} janvier 2024, ou*

b) *le même montant de prestation d'invalidité qui aurait été payable au participant pour la période débutant avant le 1^{er} janvier 2024 si une demande satisfaisante avait été faite en vertu du Régime de rentes du Québec.*

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 le participant recevrait ou pourrait recevoir, en raison de son 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 :

- i) prestation payable par l'assureur,
- ii) moins les impôts fédéral et provincial applicables, selon les exemptions personnelles du participant,
- iii) 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 le participant cesse d'être invalide;
- c) La date à laquelle le participant atteint l'âge de 65 ans;
- d) La date à laquelle le participant prend sa retraite ou atteint 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 contrat;
- e) La date du décès du participant;
- f) La date à laquelle le participant omet de se faire examiner par le médecin désigné par l'assureur;
- g) La date à laquelle le participant omet de soumettre les preuves demandées par l'assureur;

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (suite)

- h) La date à laquelle le participant refuse 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 le participant exerce une occupation rémunératrice, sauf s'il s'agit d'un emploi de réadaptation;
- j) La date à laquelle le participant est incarcéré suite à la commission d'un acte criminel pour lequel il a été reconnu coupable.

PÉRIODES SUCCESSIVES D'INVALIDITÉ

Si le participant qui a effectivement repris le travail redevient 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 le participant qui a effectivement repris le travail redevient 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 le participant s'inflige, 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 le participant est membre de l'équipage ou s'il exerce une fonction quelconque se rapportant au vol, ou s'il y participe à titre de parachutiste;
 - 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 le participant avait droit à ce congé et en avait fait la demande.

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

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (suite)

- c) Si l'invalidité est attribuable à la toxicomanie ou à l'alcoolisme, la prestation mensuelle d'invalidité est versée à condition que le participant suive une cure fermée, approuvée par l'assureur.
- d) Un participant qui s'absente du Canada et des États-Unis pour une période de plus de 90 jours consécutifs perd son 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 la garantie du participant n'a pas été maintenue en vigueur pendant la grève, le lock-out ou la mise à pied temporaire.

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

EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsqu'un participant est exonéré du paiement de ses primes en vertu de l'article *Exonération des primes* de sa garantie d'assurance vie, il est aussi admissible à l'exonération du paiement des primes relatives à la présente garantie sous réserve des mêmes conditions.

PROGRAMME DE RÉADAPTATION

Le participant qui a été invalide pendant au moins le délai de carence et qui, sur la prescription et sous la surveillance de son médecin, s'inscrit à un programme de réadaptation approuvé par l'assureur, peut 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 touchait le participant au début de la période d'invalidité. Si cette somme excède 100 % du salaire mensuel net établi au début de l'invalidité (ou du salaire mensuel brut si la prestation est imposable), la prestation prévue par la garantie sera réduite de façon à ne pas dépasser ce salaire.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les dispositions de la présente garantie prévalent sur toute disposition contraire des CONDITIONS GÉNÉRALES.

ASSURANCE-MÉDICAMENTS

applicable aux résidents du Québec seulement

OBJET DE LA GARANTIE

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 présente police, 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 présente police.

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 %.

ASSURANCE-MÉDICAMENTS (suite)

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 présente police, 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 présente police et qui a choisi de s'assurer en vertu de la présente garantie.

Nonobstant toute autre disposition à l'effet contraire contenue dans la présente police, 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.

ASSURANCE-MÉDICAMENTS (suite)

COORDINATION DES PRESTATIONS

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

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les dispositions de la présente garantie prévalent sur toute disposition contraire des CONDITIONS GÉNÉRALES.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

OBJET DE LA GARANTIE

L'assureur s'engage à rembourser les frais pour les soins et services engagés par suite d'une blessure accidentelle, d'une maladie ou d'une grossesse, 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.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

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.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

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 restriction 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;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- ii) Services rendus au domicile de la personne assurée par un infirmier autorisé 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;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- 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 des maximums indiqués 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;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- 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 D'UN PARTICIPANT

Si dans les 90 jours qui suivent l'annulation de l'assurance d'un 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;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- 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, 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;
- 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

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- 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-paragraphes i) à v); ou
 - toute entité qui est affiliée ou liée à telle entreprise, tel groupe ou telle association.

CALCUL DU MONTANT REMBOURSABLE

Franchise

La franchise, lorsqu'elle est applicable, est la partie des frais admissibles qui doit être payée par le participant avant que des prestations soient payables en vertu de la présente garantie. Le montant maximal de la franchise exigible au cours d'une année civile est indiqué au Tableau sommaire.

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.

Montant maximal de remboursement

Le montant maximal que rembourse l'assureur, par personne assurée et par année civile, est indiqué au Tableau sommaire.

Report des frais

Si la franchise a été acquittée en tout ou en partie par le paiement de dépenses faites au cours des 3 derniers mois d'une année civile, la franchise applicable à l'année suivante sera réduite du montant des dépenses ainsi appliquées à la franchise.

Coordination des prestations

Le présent article s'applique à tout régime couvrant des frais pour soins, services ou fournitures qui ont été engagés pour des soins ou des traitements médicaux ou découlant de ceux-ci et qui comprennent :

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

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- a) Lorsqu'une personne assurée est admissible à recevoir simultanément des prestations en vertu du présent régime et de tout autre régime, la prestation payable pour cette personne assurée suit l'ordre de priorité ci-après :
- i) Les prestations d'un régime ne contenant pas de clause de coordination des prestations sont payables avant celles qui seraient autrement payables en vertu du présent régime;
 - ii) Les prestations de tout régime contenant une clause de coordination des prestations sont payables, en suivant l'ordre de priorité ci-après :

- **Pour un participant :**

- 1) Lorsque la personne assurée est admissible à titre de participant et à titre de personne à charge en vertu de plus d'un régime, la priorité va au régime qui couvre la personne assurée à titre de participant avant le régime qui couvre la personne assurée à titre de personne à charge;
- 2) Lorsque la personne assurée est admissible à titre de participant en vertu de plus d'un régime, la priorité va au régime qui couvre le participant à titre
 - d'employé en service à temps plein;
 - d'employé en service à temps partiel;
 - de retraité.

Si le participant devait avoir la même admissibilité en vertu de plus d'un régime (par exemple, le participant est couvert à titre d'employé à temps partiel en vertu des deux régimes), la priorité va au régime qui comporte la date d'adhésion la plus ancienne.

- **Pour un conjoint :**

- 1) Lorsque la personne assurée est admissible à titre de conjoint et à titre de participant en vertu de plus d'un régime, la priorité va au régime qui couvre la personne assurée à titre de participant avant le régime qui couvre la personne assurée à titre de conjoint;
- 2) Lorsque la personne assurée est admissible à titre de conjoint en vertu de plus d'un régime (y compris à titre de conjoint par suite d'une garantie de prestations pour survivants), la priorité va au régime en vertu duquel la protection du conjoint est entrée en vigueur le plus récemment.

- **Pour un enfant à charge :**

- 1) Lorsque la personne assurée est admissible à titre de participant en vertu d'un régime d'assurance-maladie pour étudiants, la priorité va au régime d'assurance-maladie pour étudiants avant le régime qui couvre la personne assurée à titre d'enfant à charge;
- 2) Lorsque la personne assurée est un employé à temps partiel et est admissible en vertu d'un régime à titre de participant, la priorité va au régime qui couvre la

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

personne assurée à titre de participant avant le régime qui couvre la personne assurée à titre d'enfant à charge;

- 3) Lorsque la personne assurée est admissible à titre d'enfant à charge en vertu de plus d'un régime et que les parents dont il est la personne à charge ne sont ni séparés ni divorcés, ou sont séparés ou divorcés mais qu'il y a une entente de garde partagée, la priorité est la suivante :

- le régime du parent qui célèbre son anniversaire le premier dans l'année; ou
- le régime du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet, si les parents ont tous deux la même date d'anniversaire.

Telle qu'utilisée aux présentes, l'expression «garde partagée» signifie toute entente de garde autre que la garde simple telle que définie dans la clause suivante (4).

- 4) Lorsque la personne assurée est admissible à titre d'enfant à charge en vertu de plus d'un régime et que les parents dont il est la personne à charge sont séparés ou divorcés mais qu'il y a une entente de garde simple, la priorité est la suivante :

- le régime du parent ayant la garde de l'enfant;
- le régime du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant;
- le régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant; et
- le régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.

Telle qu'utilisée aux présentes, l'expression «garde simple» signifie toute entente de garde dans le cadre de laquelle seul un parent a la garde physique et juridique de l'enfant, «garde physique» signifiant que l'enfant habite avec le parent.

- 5) Lorsque la personne assurée est admissible à titre d'enfant à charge en vertu d'une garantie de prestations pour survivants et d'un autre régime à titre d'enfant à charge, la priorité entre les régimes qui était en vigueur avant le décès des parents va demeurer en vigueur, à moins qu'une protection parentale n'entre en vigueur à l'égard dudit enfant en vertu du régime qui le couvre à titre d'enfant à charge. Si une protection parentale entrait en vigueur, le régime en vertu duquel l'enfant est couvert en vertu de la garantie de prestations pour survivants deviendra le deuxième payeur.

- b) Selon les conditions du présent article, le montant payable en vertu du présent régime ne peut excéder le montant qui aurait été payable en l'absence de cet article.

Lorsque, en vertu du présent article, les frais du présent régime sont payables après ceux d'un autre régime, le montant payable par le présent régime est égal au moins :

- i) du total des prestations qui auraient été payables en l'absence du présent article; et
- ii) du total des frais couverts en vertu du présent régime, moins les prestations payables par tout autre régime.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Les prestations payables en vertu de tout régime incluent les paiements de prestations auxquels la personne assurée aurait eu droit si elle avait dûment soumis une demande de règlement.

- c) Lorsque des frais pour soins dentaires sont engagés à la suite d'une blessure accidentelle aux dents naturelles, ces frais sont remboursables en premier lieu par tout régime prévoyant le remboursement des frais engagés dans un tel cas, avant une garantie de soins dentaires.
- d) Lorsque la personne assurée est couverte en vertu d'un compte de gestion santé, les dépenses sont d'abord couvertes par un régime collectif avant de pouvoir être remboursées en vertu d'un compte de gestion santé, à moins que le compte de gestion santé le stipule autrement.

Telle qu'utilisée aux présentes, l'expression «compte de gestion santé» signifie une entente dans le cadre de laquelle le répondant du régime alloue des crédits au compte d'une personne, qui peuvent être utilisés, à la discrétion de la personne, pour rembourser le coût des dépenses de soins de santé ou de soins dentaires.

- e) Lorsque la personne assurée est couverte comme étudiant en vertu d'un régime d'assurance-accidents scolaire, le régime d'assurance-accidents scolaire est le deuxième payeur après tout autre régime en vertu duquel la personne peut être couverte.
- f) Lorsque la personne assurée est couverte en vertu d'un programme d'aide sociale, ledit programme est considéré comme le deuxième payeur après tout autre régime en vertu duquel la personne peut être couverte.

Lorsque les clauses ci-dessus ne permettent pas d'établir la priorité entre les régimes à l'égard du versement des prestations, le versement des prestations est partagé entre les régimes proportionnellement au montant qui aurait été payable en vertu de chaque régime s'il avait été le premier payeur.

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 (suite)

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Nonobstant toute disposition contraire des conditions générales du contrat, les dispositions de la présente garantie prévalent.

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

OBJET DE LA GARANTIE

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 de la présente police émise par l'assureur.

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 soeur 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.

**ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE –
ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE (suite)**

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 de la présente police émise par l'assureur 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 COMPLÉMENTAIRE –
ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE (suite)**

assurance maladie ou tout autre règlement présenté par le participant ou ses personnes à charge, en vertu de la présente police.

- 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 touristique 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 touristique 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 touristique 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 liés au logement et aux repas sur réception de reçus explicatifs.

**ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE –
ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE (suite)**

- 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 de la présente police.

**ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE –
ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE (suite)**

- 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.

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

CERTIFICAT INDIVIDUEL

Le titulaire établit une attestation individuelle 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.

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.

**ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE –
ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE (suite)**

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les dispositions de la présente garantie prévalent sur toute disposition contraire des CONDITIONS GÉNÉRALES.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

OBJET DE LA GARANTIE

À la réception de preuves satisfaisantes que le participant a engagé des frais admissibles pour lui-même ou pour l'une de ses 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 le consentement écrit du participant, 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

L'expression «frais admissibles» signifie les frais engagés pour les soins dentaires qui sont indiqués et décrits à l'annexe de la présente garantie et qui sont rendus par un dentiste, ou recommandés par un généraliste et donnés par un spécialiste ou donnés un hygiéniste dentaire, sous réserve que ces dits frais sont limités aux tarifs correspondants contenus dans l'édition de la Nomenclature et tarifs des actes bucco-dentaires de l'Association des chirurgiens dentistes de la province de résidence du participant, indiquée au Tableau sommaire.

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) Radiodiagnostic 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)

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

- 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 DE LA GARANTIE

- 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

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

- 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.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

- 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.

CALCUL DU MONTANT REMBOURSABLE

Franchise

La franchise, lorsqu'elle est applicable, est la partie des frais admissibles que le participant doit payer pour lui et, le cas échéant, pour ses personnes à charge avant d'avoir droit aux prestations prévues par la présente garantie. La franchise s'applique pour le participant ou pour ses personnes à charge de la manière indiquée au Tableau sommaire. Cette franchise ne s'applique qu'une seule fois durant une année civile. De plus, la franchise peut être satisfaite, partiellement ou totalement, par l'application des frais admissibles engagés durant les 3 derniers mois de l'année civile précédente pour lesquels aucune prestation n'a été payée pendant ladite année.

Pourcentage de remboursement

Le pourcentage de remboursement des frais admissibles indiqué au Tableau sommaire, est la portion des frais admissibles payable en vertu de la présente garantie après que la franchise a été satisfaite, le cas échéant.

Maximum individuel

Le maximum individuel indiqué au Tableau sommaire est le montant maximal payable par année civile, par personne assurée.

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 présent 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.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

Coordination des prestations

Le présent article s'applique à tout régime couvrant des frais pour soins, services ou fournitures qui ont été engagés pour des soins ou des traitements dentaires ou découlant de ceux-ci et qui comprennent :

- i) tout régime d'assurance collective, individuelle ou familiale, d'assurance voyage, d'assurance des débiteurs ou des épargnants,
 - ii) tout régime pris en charge par l'État, et
 - iii) tout régime d'avantages sociaux non assuré.
- a) Lorsqu'une personne assurée est admissible à recevoir simultanément des prestations en vertu du présent régime et de tout autre régime, la prestation payable pour cette personne assurée suit l'ordre de priorité ci-après :
- i) Les prestations d'un régime ne contenant pas de clause de coordination des prestations sont payables avant celles qui seraient autrement payables en vertu du présent régime;
 - ii) Les prestations de tout régime contenant une clause de coordination des prestations sont payables, en suivant l'ordre de priorité ci-après :

- **Pour un participant :**

- 1) Lorsque la personne assurée est admissible à titre de participant et à titre de personne à charge en vertu de plus d'un régime, la priorité va au régime qui couvre la personne assurée à titre de participant avant le régime qui couvre la personne assurée à titre de personne à charge;
- 2) Lorsque la personne assurée est admissible à titre de participant en vertu de plus d'un régime, la priorité va au régime qui couvre le participant à titre
 - d'employé en service à temps plein;
 - d'employé en service à temps partiel;
 - de retraité.

Si le participant devait avoir la même admissibilité en vertu de plus d'un régime (par exemple, le participant est couvert à titre d'employé à temps partiel en vertu des deux régimes), la priorité va au régime qui comporte la date d'adhésion la plus ancienne.

- **Pour un conjoint :**

- 1) Lorsque la personne assurée est admissible à titre de conjoint et à titre de participant en vertu de plus d'un régime, la priorité va au régime qui couvre la personne assurée à titre de participant avant le régime qui couvre la personne assurée à titre de conjoint;

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

- 2) Lorsque la personne assurée est admissible à titre de conjoint en vertu de plus d'un régime (y compris à titre de conjoint par suite d'une garantie de prestations pour survivants), la priorité va au régime en vertu duquel la protection du conjoint est entrée en vigueur le plus récemment.

- **Pour un enfant à charge :**

- 1) Lorsque la personne assurée est admissible à titre de participant en vertu d'un régime de soins dentaires pour étudiants, la priorité va au régime de soins dentaires pour étudiants avant le régime qui couvre la personne assurée à titre d'enfant à charge;
- 2) Lorsque la personne assurée est un employé à temps partiel et est admissible en vertu d'un régime à titre de participant, la priorité va au régime qui couvre la personne assurée à titre de participant avant le régime qui couvre la personne assurée à titre d'enfant à charge;
- 3) Lorsque la personne assurée est admissible à titre d'enfant à charge en vertu de plus d'un régime et que les parents dont il est la personne à charge ne sont ni séparés ni divorcés, ou sont séparés ou divorcés mais qu'il y a une entente de garde partagée, la priorité est la suivante :

- le régime du parent qui célèbre son anniversaire le premier dans l'année;
- le régime du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet, si les parents ont tous deux la même date d'anniversaire.

Telle qu'utilisée aux présentes, l'expression «garde partagée» signifie toute entente de garde autre que la garde simple telle que définie dans la clause suivante (4).

- 4) Lorsque la personne assurée est admissible à titre d'enfant à charge en vertu de plus d'un régime et que les parents dont il est la personne à charge sont séparés ou divorcés mais qu'il y a une entente de garde simple, la priorité est la suivante :
- le régime du parent ayant la garde de l'enfant;
 - le régime du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant;
 - le régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant; et
 - le régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.

Telle qu'utilisée aux présentes, l'expression «garde simple» signifie toute entente de garde dans le cadre de laquelle seul un parent a la garde physique et juridique de l'enfant, «garde physique» signifiant que l'enfant habite avec le parent.

- 5) Lorsque la personne assurée est admissible à titre d'enfant à charge en vertu d'une garantie de prestations pour survivants et d'un autre régime à titre d'enfant à charge, la priorité entre les régimes qui était en vigueur avant le décès des parents va demeurer en vigueur, à moins qu'une protection parentale n'entre en vigueur à l'égard dudit enfant en vertu du régime qui le couvre à titre d'enfant à charge. Si une protection parentale entrait en vigueur, le régime en

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

vertu duquel l'enfant est couvert en vertu de la garantie de prestations pour survivants deviendra le deuxième payeur.

- b) Selon les conditions du présent article, le montant payable en vertu du présent régime ne peut excéder le montant qui aurait été payable en l'absence de cet article.

Lorsque, en vertu du présent article, les frais du présent régime sont payables après ceux d'un autre régime, le montant payable par le présent régime est égal au moins :

- i) du total des prestations qui auraient été payables en l'absence du présent article; et
- ii) du total des frais couverts en vertu du présent régime, moins les prestations payables par tout autre régime.

Les prestations payables en vertu de tout régime incluent les paiements de prestations auxquels la personne assurée aurait eu droit si elle avait dûment soumis une demande de règlement.

- c) Lorsque la personne assurée est couverte en vertu d'un compte de gestion santé, les dépenses sont d'abord couvertes par un régime collectif avant de pouvoir être remboursées en vertu d'un compte de gestion santé, à moins que le compte de gestion santé le stipule autrement.

Telle qu'utilisée aux présentes, l'expression «compte de gestion santé» signifie une entente dans le cadre de laquelle le répondant du régime alloue des crédits au compte d'une personne, qui peuvent être utilisés, à la discrétion de la personne, pour rembourser le coût des dépenses de soins de santé ou de soins dentaires.

- d) Lorsque la personne assurée est couverte comme étudiant en vertu d'un régime d'assurance-accidents scolaire, le régime d'assurance-accidents scolaire est le deuxième payeur après tout autre régime en vertu duquel la personne peut être couverte.
- e) Lorsque la personne assurée est couverte en vertu d'un programme d'aide sociale, ledit programme est considéré comme le deuxième payeur après tout autre régime en vertu duquel la personne peut être couverte.

Lorsque les clauses ci-dessus ne permettent pas d'établir la priorité entre les régimes à l'égard du versement des prestations, le versement des prestations est partagé entre les régimes proportionnellement au montant qui aurait été payable en vertu de chaque régime s'il avait été le premier payeur.

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.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

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.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Nonobstant toute disposition contraire des conditions générales du contrat, les dispositions de la présente garantie prévalent.

Titulaire de la police : **COMITÉ CONJOINT DES MATÉRIAUX DE CONSTRUCTION**

N° de la police : **552-C**

AVENANT DE POLICE – HISTORIQUE

Date d'entrée en vigueur : 1^{er} janvier 2024

Avenant n° : **14**

CONDITIONS GÉNÉRALES

- Mise à jour de la clause Modification aux régimes gouvernementaux suite aux nouvelles dispositions de la Loi sur le régime des rentes du Québec.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

- Mise à jour de la section Réduction des versements de la prestation suite aux nouvelles dispositions de la Loi sur le régime des rentes du Québec.

Date d'entrée en vigueur : 1^{er} août 2023

Avenant n° : **13**

POLICE

- Intégration des avenants antérieurs à la police.

TABLEAU SOMMAIRE – ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

- Modification de la période maximale de prestations.

Date d'entrée en vigueur : 1^{er} septembre 2019

Avenant n° : **12**

CONDITIONS GÉNÉRALES

- Modification de la clause DEMANDE DE RÈGLEMENT ET DÉLAI

Titulaire de la police : **COMITÉ CONJOINT DES MATÉRIAUX DE CONSTRUCTION**

N° de la police : **552-C**

AVENANT DE POLICE – HISTORIQUE (SUITE)

Date d'entrée en vigueur : Voir ci-dessous

Avenant n° : **11**

À compter du 1^{er} janvier 2010 :

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- Ajout de la couverture des appareils orthopédiques.

À compter du 17 janvier 2017 :

Mise à jour des garanties suivantes :

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- Mise à jour du libellé pour les frais engagés en cas d'urgence au cours d'un séjour à l'étranger

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

- Mise à jour de la protection ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA maintenant nommée ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

Date d'entrée en vigueur : 29 octobre 2019

Avenant n° : **10**

TABLEAU SOMMAIRE – ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

- Modification de la Période maximale de prestations

TABLEAU SOMMAIRE – ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

- Modification du Délai de carence

TABLEAU SOMMAIRE – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- Modification du pourcentage de remboursement pour les Frais médicaux engagés au Canada et des chaussures orthopédiques

TABLEAU SOMMAIRE – ASSURANCE SOINS DENTAIRES

- Modification du maximum par personne assurée

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

Titulaire de la police : **COMITÉ CONJOINT DES MATÉRIAUX DE CONSTRUCTION**

N° de la police : **552-C**

AVENANT DE POLICE – HISTORIQUE (SUITE)

- Modification à la clause EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

Date d'entrée en vigueur : 1^{er} novembre 2018

Avenant n° : 9

CONDITIONS GÉNÉRALES

- PAIEMENT - Modification du délai de grâce pour le paiement de toute prime

Date d'entrée en vigueur : 1^{er} août 2016

Avenant n° : 8

CONDITIONS GÉNÉRALES

- Ajout de la définition Salaire annuel

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

- Modification des clauses RÉDUCTIONS DES PRESTATIONS et CESSATION DE LA PRESTATION

Date d'entrée en vigueur : 1^{er} août 2013

Avenant n° : 7

TABLDEAU SOMMAIRE – ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

- Modification de la Période maximale de prestations

Date d'entrée en vigueur : 1^{er} mars 2016

Avenant n° : 6

TABLDEAU SOMMAIRE – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- Ajout de couverture pour les psychologues et psychothérapeutes

Titulaire de la police : **COMITÉ CONJOINT DES MATÉRIAUX DE CONSTRUCTION**

N° de la police : **552-C**

AVENANT DE POLICE – HISTORIQUE (SUITE)

Date d'entrée en vigueur : 1^{er} août 2015

Avenant n° : **5**

CONDITIONS GÉNÉRALES

- Modification de la période de préavis de la clause MODIFICATION DES TAUX DE PRIMES

Date d'entrée en vigueur : 1^{er} août 2013

Avenant n° : **4**

TABLEAU SOMMAIRE – ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

- Modification de la terminaison de la garantie

Date d'entrée en vigueur : 1^{er} août 2011

Avenant n° : **3**

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

- Ajout de la catégorie 110
- Retrait de la catégorie 130

CONDITIONS GÉNÉRALES

- Modification de la clause CONTINUITÉ ET FIN DE L'ASSURANCE

Date d'entrée en vigueur : 1^{er} août 2011

Avenant n° : **2**

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT

- Annulation de la garantie

Titulaire de la police : **COMITÉ CONJOINT DES MATÉRIAUX DE CONSTRUCTION**

N° de la police : **552-C**

AVENANT DE POLICE – HISTORIQUE (SUITE)

Date d'entrée en vigueur : Voir ci-dessous

Avenant n° : 1

À compter du 1^{er} janvier 2011 :

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

- Ajout de la clause DROIT DE TRANSFORMATION

À compter du 7 mars 2011 :

Mise à jour des garanties suivantes :

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA

- Modification de la période du séjour hors du Canada