



RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

Titulaire du régime : **CENTRE DE RECHERCHE DU CHU DE QUÉBEC – UNIVERSITÉ LAVAL**

N° de police : **99030-A**

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

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

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

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

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

Ce livret peut également être consulté sur notre site sécurisé CyberClient, accessible via www.ia.ca, si offert dans le cadre de votre régime.

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.

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Page</u>
TABLEAU SOMMAIRE	1
CONDITIONS GÉNÉRALES	23
DÉFINITIONS	23
GÉNÉRALITÉS	26
ASSURANCE	29
PRESTATIONS	34
ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT	39
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT	42
ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	45
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT	47
ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE	50
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	54
ASSURANCE-MÉDICAMENTS	59
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE	62
ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA	74
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	82
ASSURANCE SOINS DENTAIRES	88
COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION	97
COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT	98
PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	100
ANNEXE – ASSURANCE DE BASE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT (établie par Solutions pour les marchés spéciaux, une division de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.)	(i)

TABLEAU SOMMAIRE

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

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

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Aux fins du présent régime, le masculin inclut le féminin, sauf si le contexte s'y oppose.

Les participants sont identifiés au moyen de la catégorie ci-dessous :

Catégorie

100 – Employés

Un participant qui ne fait pas de choix de module se verra octroyer le Module B.

Un changement de module est permis à la date de renouvellement si le participant a conservé le module précédent pour une durée minimale de 24 mois consécutif.

Toutefois, un participant qui n'est pas effectivement au travail à la date d'une campagne de changement de module établie par le titulaire pourra modifier son choix de module à cette date.

De plus, le participant aura la possibilité de changer de module dans les 31 jours d'un changement de statut familial (union depuis un an avec conjoint, décès d'un conjoint ou d'un enfant à charge, mariage, divorce ou séparation, naissance ou adoption d'un enfant, admissibilité du conjoint à un régime d'assurance collective ou perte de l'accès au régime d'assurance collective du conjoint). Le participant pourra alors passer à un module de niveau supérieur ou inférieur.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

CONDITIONS GÉNÉRALES

DATE D'ADMISSIBILITÉ

Un employé devient admissible à la date à laquelle il entre au service de l'employeur, s'il bénéficie d'un contrat de travail d'une durée de 3 mois ou plus, sous réserve de toutes autres dispositions.

Toutefois, tout employé transféré d'une institution gouvernementale ou paragouvernementale est admissible à l'assurance à la date à laquelle il entre au service de l'employeur.

ÂGE NORMAL DE LA RETRAITE

Aux fins du présent régime, l'âge normal de la retraite est le premier jour du mois suivant ou coïncidant avec le 65^e anniversaire de naissance du participant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

Capital assuré

Modules A et B

100 % du salaire annuel, le résultat étant arrondi au 1 000 \$ suivant.

Maximum : 500 000 \$ sans preuves d'assurabilité, ou
1 000 000 \$ avec preuves d'assurabilité.

Module C

50 % du salaire annuel, le résultat étant arrondi au 1 000 \$ suivant.

Maximum : 500 000 \$ sans preuves d'assurabilité, ou
1 000 000 \$ avec preuves d'assurabilité.

Réduction :

Cette garantie est réduite de 50 % au 65^e anniversaire de naissance du participant.

Terminaison :

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

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Capital assuré

Tranches de 5 000 \$

Maximum : 400 000 \$

Dans tous les cas, le montant d'Assurance vie facultative du participant ne peut excéder 1 000 000 \$ lorsque combiné avec le montant d'Assurance vie du participant.

Terminaison :

Cette garantie se termine au 70^e anniversaire de naissance du participant ou à la date de sa retraite, si elle est antérieure.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Capital assuré

	<u>MODULES A ET B</u>	<u>MODULE C</u>
Conjoint :	5 000 \$	2 500 \$
Chaque enfant		
- moins de 24 heures :	Sans objet	Sans objet
- 24 heures et plus :	2 500 \$	1 000 \$

Réduction :

Pour le conjoint, le capital assuré est réduit de 50 % au 65^e anniversaire de naissance du participant.

Terminaison :

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

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT

Modules A, B et C

Capital assuré

Tranches de 5 000 \$

Maximum : 150 000 \$

Des preuves d'assurabilité sont requises pour tous les montants d'assurance vie facultative.

Terminaison :

Cette garantie se termine au 70^e anniversaire de naissance du participant ou à la date de sa retraite, si elle est antérieure.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

Prestation hebdomadaire

75 % du salaire hebdomadaire brut, le résultat étant arrondi au dollar suivant.

Maximum hebdomadaire :

1 270 \$ sans preuves d'assurabilité ou

2 500 \$ avec preuves d'assurabilité.

Délai de carence :	Accident :	0 jour
	Hospitalisation :	0 jour
	Maladie :	7 jours civils

Aux fins de l'application du délai de carence, toute invalidité résultant d'un accident et débutant plus de 30 jours après ledit accident est considérée comme une invalidité résultant d'une maladie.

Période maximale de prestations : 26 semaines

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

Terminaison :

Cette garantie se termine au 70^e anniversaire de naissance du participant ou à la date de sa retraite, si elle est antérieure.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Prestation mensuelle

66,67 % des premiers 2 500 \$ du salaire mensuel brut, plus 50 % de l'excédent, le résultat étant arrondi au dollar suivant.

Maximum mensuel :

10 000 \$ sans preuves d'assurabilité ou

15 000 \$ avec preuves d'assurabilité,

sous réserve de toutes réductions applicables.

Toutefois, le maximum de toutes sources ne peut excéder 90 % du salaire net mensuel établi au début de l'invalidité.

Délai de carence : 26 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

Taux annuel maximal d'indexation : 3 % (RRQ le 1^{er} janvier de chaque année)

Les prestations sont non imposables.

Terminaison :

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

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE-MÉDICAMENTS (médicaments admissibles selon la liste de la Régie de l'assurance-maladie du Québec)

Contribution maximale d'un participant au cours d'une année civile :

Celle prévue en vertu de la Loi sur l'assurance-médicaments.

Nonobstant ce qui est indiqué dans le présent régime, la contribution maximale du participant comprend également les sommes que celui-ci paie à titre de franchise et de coassurance pour son conjoint et 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 (y compris le conjoint et les enfants à charge, le cas échéant) durant une année civile, le pourcentage remboursé par l'assureur s'établit à 100 % pour le reste de l'année civile.

Terminaison :

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

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

FRAIS D'HOSPITALISATION AU CANADA

Franchise :	Remboursement :	Maximum quotidien :
Aucune	100 %	Chambre semi-privée, sans limite quant au nombre de jours

FRAIS D'URGENCE HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE et SERVICE D'ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA

Franchise :	Remboursement :	Maximum par personne assurée :
Aucune	100 %	5 000 000 \$ à vie

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

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

AUTRES FRAIS MÉDICAUX AU CANADA

Module A

Franchise :	Aucune
Remboursement	
– médicaments ⁽¹⁾ :	80 %
– autres frais :	80 %
Maximum global :	Illimité

⁽¹⁾ La contribution maximale par famille, par année civile, inclut tous les médicaments admissibles en vertu du présent régime.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

AUTRES FRAIS MÉDICAUX AU CANADA (suite)

Module B

Franchise	
– médicaments :	Aucune
– autres frais	
– protection individuelle :	25 \$
– protection monoparentale :	50 \$
– protection familiale :	50 \$
Remboursement	
– médicaments ⁽¹⁾ :	75 %
– autres frais :	75 %
Maximum global :	Illimité

Module C

Franchise	
– médicaments :	Aucune
– autres frais	
– protection individuelle :	50 \$
– protection monoparentale :	100 \$
– protection familiale :	100 \$
Remboursement	
– médicaments ⁽¹⁾ :	70 %
– autres frais :	70 %
Maximum global :	Illimité

⁽¹⁾ La contribution maximale par famille, par année civile, inclut tous les médicaments admissibles en vertu du présent régime.

Les personnes à charge, s'il y a lieu, sont assurées en vertu de la présente garantie.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Terminaison :

Cette garantie se termine au 70^e anniversaire de naissance du participant ou à la date sa retraite, si elle est antérieure.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums admissibles par personne assurée</u>
Honoraires d'infirmiers	<u>Module A</u> : 10 000 \$ par année civile. <u>Module B</u> : 5 000 \$ par année civile. <u>Module C</u> : 3 000 \$ par année civile.
Service ambulancier	Illimité.
Médicaments	Illimité.
Prothèses et appareils orthopédiques, membres artificiels, appareils thérapeutiques	Illimité.
Fauteuil roulant, lit d'hôpital, poumon d'acier, appareil mécanique	Illimité.
Prothèses mammaires	150 \$ par 24 mois consécutifs.
Bas élastiques médicaux	3 paires par année civile.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Frais médicaux (suite)

Frais couverts

Maximums admissibles par personne assurée

Séjour dans une maison de réadaptation, une maison de convalescence et une maison de soins pour malades chroniques

Chambre semi-privée. Maximum combiné de 180 jours par année civile.

Souliers orthopédiques

Modules A, B :
430 \$ de frais admissibles ⁽¹⁾ par année civile.

Module C :
Ces frais ne sont pas couverts.

Orthèses podiatriques ou modifications

Modules A, B :
430 \$ de frais admissibles ⁽¹⁾ par année civile.

Module C :
200 \$ de frais admissibles ⁽¹⁾ par année civile.

Stérilets

25 \$ par stérilet ; maximum de 2 stérilets par année civile.

Lunettes ou lentilles cornéennes à la suite d'une opération de la cataracte

Modules A, B :
200 \$ à vie.

Module C :
Ces frais ne sont pas couverts.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums admissibles par personne assurée</u>
Frais d'examens radiographiques, analyses de laboratoire, oxygène	<u>Modules A, B</u> : Illimité. <u>Module C</u> : Maximum combiné de 500 \$ par année civile.
Prothèses capillaires	Maximum de 300 \$ à vie.
Injections sclérosantes	20 \$ par traitement.
Sérums et injections	Illimité.
Bâtonnets et appareils tels le dextromètre, le glucomètre	300 \$ de frais admissibles ⁽¹⁾ par période de 60 mois consécutifs.
Soins dentaires suite à une blessure accidentelle	<u>Modules A, B</u> : Illimité. <u>Module C</u> : 1 000 \$ par accident.
Frais de chirurgie plastique suite à une blessure accidentelle	<u>Modules A, B</u> : 6 000 \$ par accident. <u>Module C</u> : Ces frais ne sont pas couverts.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Frais médicaux (suite)

Frais couverts

Maximums admissibles par personne assurée

Cure de désintoxication

Modules A, B :
80 \$ de frais admissibles ⁽¹⁾ par
jour. Maximum de 2 500 \$ vie
pour une seule cure.

Module C :
Ces frais ne sont pas couverts.

Honoraires paramédicaux d'un
physiothérapeute, d'un théra-
peute en réadaptation physique
et d'un physiatre

Module A :
Maximum de 500 \$ de frais
admissibles ⁽¹⁾ par année civile
pour l'ensemble de ces
spécialistes.
Un (1) traitement par jour.

Module B :
Maximum de 300 \$ de frais
admissibles ⁽¹⁾ par année civile
pour l'ensemble de ces
spécialistes. Un (1) traitement
par jour.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Frais médicaux (suite)

Frais couverts

Honoraires paramédicaux d'un orthophoniste, d'un audiologiste, d'un ostéopathe et d'un ergothérapeute

Maximums admissibles par personne assurée

Module A :

Maximum de 60 \$ de frais admissibles ⁽¹⁾ par visite.
Maximum de 500 \$ de frais admissibles ⁽¹⁾ par année civile pour chacun de ces spécialistes.
Un (1) traitement par jour.

Module B :

Maximum de 60 \$ de frais admissibles ⁽¹⁾ par visite.
Maximum de 300 \$ de frais admissibles ⁽¹⁾ par année civile pour chacun de ces spécialistes.
Un (1) traitement par jour.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Frais médicaux (suite)

Frais couverts

Maximums admissibles par personne assurée

Honoraires paramédicaux d'un chiropraticien, d'un podiatre, d'un acupuncteur et d'un naturopathe

Module A :

Maximum de 40 \$ de frais admissibles ⁽¹⁾ par visite.

Maximum de 500 \$ de frais admissibles ⁽¹⁾ par année civile pour chacun de ces professionnels.

Un (1) traitement par jour.

Module B :

Maximum de 40 \$ de frais admissibles ⁽¹⁾ par visite.

Maximum de 300 \$ de frais admissibles ⁽¹⁾ par année civile pour chacun de ces professionnels. Un (1)

traitement par jour.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Frais médicaux (suite)

Frais couverts

Maximums admissibles par personne assurée

Honoraires paramédicaux d'un psychologue et d'un travailleur social

Module A :
Maximum de 500 \$ de frais admissibles ⁽¹⁾ par année civile pour l'ensemble de ces spécialistes.
Un (1) traitement par jour.

Module B :
Maximum de 300 \$ de frais admissibles ⁽¹⁾ par année civile pour l'ensemble de ces spécialistes. Un (1) traitement par jour.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Frais médicaux (suite)

Frais couverts

Honoraires paramédicaux d'un kinésithérapeute, d'un diététiste et d'un homéopathe (incluant les produits homéopathiques)

Honoraires paramédicaux d'un physiothérapeute, d'un thérapeute en réadaptation physique, d'un physiatre, d'un orthophoniste, d'un audiologiste, d'un ostéopathe, d'un ergothérapeute, d'un chiropraticien, d'un podiatre, d'un acupuncteur, d'un naturopathe, d'un psychologue et d'un travailleur social

Maximums admissibles par personne assurée

Module A :

Maximum de 40 \$ de frais admissibles ⁽¹⁾ par visite.
Maximum de 500 \$ de frais admissibles ⁽¹⁾ par année civile pour chacun de ces spécialistes.
Un (1) traitement par jour.

Module B :

Maximum de 40 \$ de frais admissibles ⁽¹⁾ par visite.
Maximum de 300 \$ de frais admissibles ⁽¹⁾ par année civile pour chacun de ces spécialistes.
Un (1) traitement par jour.

Module C :

Maximum de 40 \$ de frais admissibles ⁽¹⁾ par visite.
Maximum de 500 \$ de frais admissibles ⁽¹⁾ par année civile pour l'ensemble de ces spécialistes. Un (1) traitement par jour.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Frais médicaux (suite)

Frais couverts

Maximums admissibles par personne assurée

Radiographies par un
chiropraticien

50 \$ par année civile.

Prothèses auditives

Modules A, B :
600 \$ par période de 48 mois
consécutifs.

Module C :
Ces frais ne sont pas couverts.

⁽¹⁾ Maximum admissible :

Le montant payable pour une demande de règlement sera le montant égal au maximum admissible tel qu'indiqué pour les frais couverts moins tout autre montant relatif à l'application de la franchise et du pourcentage de remboursement, le cas échéant.

CONDITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Les dispositions de chacune des garanties du présent régime prévalent sur toute disposition contraire aux CONDITIONS GÉNÉRALES.

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

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 en vertu d'une garantie d'assurance salaire.

Effectivement au travail : L'état d'un participant qui accomplit ses tâches et fonctions habituelles à plein temps ou à temps partiel selon un horaire d'au moins 20 heures de travail par semaine. Lorsqu'il est fait mention d'un nombre de jours de travail à temps plein ou à temps partiel, les jours de congé chômés sont considérés comme des jours de travail à temps plein.

Dans le cas d'un employé à temps partiel, l'employé devra conserver une moyenne de 20 heures par semaine selon ce qui est indiqué dans son contrat d'emploi.

Employé : Toute personne salariée non syndiquée et contractuelle qui est effectivement au travail pour le titulaire et qui touche régulièrement un salaire pour ses services. La présente définition comprend aussi tout employé syndiqué auprès du Syndicat des professionnelles et des professionnels de recherche œuvrant au CHUL (SPPROC) ou auprès du Syndicat des professionnelles et des professionnels de recherche de l'Université Laval (SPPRUL-CSQ) qui est

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

effectivement au travail de la Société de gestion du personnel du Centre de recherche du CHU de Québec ainsi que les stagiaires postdoctoraux.

La présente définition exclut toutefois les employés syndiqués non syndiqués (catégorie SNS), les étudiants aux cycles supérieurs (2^e et 3^e cycles), les stagiaires postdoctoraux boursiers, les stagiaires de recherche, les étudiants d'été et les étudiants de 1^{er} cycle. Sont également exclus les employés du Centre de recherche du CHU de Québec dont le salaire principal est assuré par une autre organisation et qui bénéficient d'un supplément de salaire versé par le CHU de Québec.

Invalidité : L'incapacité totale et continue du participant, telle que définie dans les garanties du présent régime. Pour que l'invalidité soit reconnue, il faut que l'état du participant nécessite des soins réguliers effectivement donnés par un médecin ou un spécialiste. Il est entendu que lorsque des soins médicaux sont nécessaires et que, selon l'assureur, ils relèvent de la compétence d'un spécialiste, ces soins doivent être rendus par un spécialiste du domaine approprié.

Jour : Un jour civil, sauf stipulation contraire dans le présent régime.

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

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

Participant : Tout employé qui est assuré en vertu du régime.

Période d'admissibilité : La période continue, telle que prévue au Tableau sommaire, 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. Lorsque l'assurance couvre les personnes à charge, les termes « conjoint » et « enfant » sont définis ainsi :

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

a) Conjoint

La personne légalement mariée à un participant ou la personne désignée par ledit participant avec qui il vit maritalement depuis au moins un an ou avec qui il vit maritalement et a eu un enfant. Dans tous les cas, la séparation de fait depuis plus de 3 mois fait perdre ce statut de conjoint.

b) Enfant

Tout enfant célibataire du participant ou de son conjoint résidant au Canada, qui remplit au moins une des conditions suivantes :

- i) Être âgé de moins de 18 ans et dépendre financièrement du participant ou de son conjoint, ou être âgé de moins de 21 ans s'il n'a pas de conjoint et si le participant ou son conjoint subvient à ses besoins; ou
- ii) Être âgé de 21 ans ou plus mais de moins de 26 ans, si le participant ou le conjoint du participant assume son soutien, et s'il fréquente à temps plein une institution d'enseignement reconnue; ou
- iii) Quel que soit son âge, s'il est atteint d'une invalidité physique ou mentale résultant d'un accident ou d'une maladie et nécessitant des soins médicaux réguliers. L'invalidité doit avoir débuté alors qu'il était une personne à charge comme définie précédemment, rendant cette personne totalement incapable d'exercer une occupation rémunératrice.

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

La personne assurée doit, en tout temps, être couverte en vertu d'un régime gouvernemental d'assurance maladie et résider au Canada de façon permanente (au moins 182 jours par année), pour être admissible en vertu du présent régime et pour conserver ses droits à l'assurance, à moins qu'il y ait eu entente préalable avec l'assureur, ou à moins de stipulation contraire dans le présent régime.

Salaire : La rémunération que l'employeur a déclarée à l'assureur excluant tout revenu additionnel (heures supplémentaires, bonis, honoraires, primes de logement et de repas, montants versés par l'employeur à titre d'avantages sociaux, primes d'éloignement ou tout autre paiement forfaitaire).

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

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

- a) La cotisation payable annuellement par l'employé 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 : Un médecin exerçant une spécialité de la médecine et légalement licencié par l'organisme provincial responsable.

GÉNÉRALITÉS

MODIFICATION AU RÉGIME

Les prestations prévues au présent régime sont établies en complémentarité des prestations prévues aux régimes gouvernementaux. Toute modification apportée à l'un ou l'autre des régimes gouvernementaux après la date de prise d'effet du présent régime ne pourra en aucun cas modifier les prestations prévues aux présentes, à moins d'une entente approuvée par les signataires autorisés du titulaire et de l'assureur.

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

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

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

soit public, à moins que ces fournitures ou services ne soient explicitement couverts par la police collective.

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

Si l'assureur n'a pas exigé l'observation d'une condition quelconque du régime, 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

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

participant de l'obligation d'obtenir l'approbation de l'assureur pour toute action semblable ultérieure.

ATTESTATION INDIVIDUELLE

L'assureur établit une attestation individuelle de participation que le titulaire doit remettre à chaque participant.

MONNAIE LÉGALE

Les sommes dues en vertu du présent régime sont payables en monnaie légale du Canada et selon le taux de change en vigueur au moment de l'événement donnant droit à des prestations.

BÉNÉFICIAIRE

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

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

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

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

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

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

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

ASSURANCE

ADMISSIBILITÉ

Employé

Un employé est admissible :

- a) dès la prise d'effet du régime, s'il est effectivement au travail et s'il a complété la période d'admissibilité spécifiée au Tableau sommaire, le cas échéant, ou
- b) dans tous les autres cas, à la date à laquelle il a complété la période d'admissibilité spécifiée au Tableau sommaire, le cas échéant.

Cependant, aucun employé engagé après la prise d'effet du régime n'est admissible à l'assurance s'il atteint l'âge de 65 ans avant la fin de la période d'admissibilité.

De plus, un participant n'est pas admissible à l'assurance salaire de longue durée s'il atteint l'âge de 65 ans avant la fin du délai de carence de cette garantie.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

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;
- b) La date à laquelle elle répond pour la première fois à la définition d'une personne à charge du présent régime;
- c) Le lendemain de sa sortie de l'hôpital, si elle est hospitalisée à la date à laquelle elle serait normalement admissible. Toutefois, cette restriction ne s'applique pas pour la garantie d'assurance vie ou dans le cas d'un nouveau-né.

DEMANDE DE PARTICIPATION

Tout employé admissible à l'assurance doit remplir une demande de participation pour lui-même et pour chacune des personnes à sa charge, à la date respective de leur admissibilité, au moyen des formulaires fournis par l'assureur.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

Que la participation au régime soit obligatoire ou facultative, 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 avant cette date ou dans les 31 jours qui suivent cette date;
- b) 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.

Un participant couvert par un autre régime d'assurance maladie ou dentaire peut suspendre sa participation en fournissant une preuve satisfaisante. Il conserve cependant son droit d'adhérer à nouveau au régime sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité s'il effectue sa demande dans les 60 jours suivant la cessation de cette autre couverture.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

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.

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 régime;
- 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;
- 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 le participant est incarcéré suite à la commission d'un acte criminel pour lequel il a été reconnu coupable;
- g) La date à laquelle le participant cesse d'être un employé selon la définition du présent régime sauf dans les cas suivants :
 - i) Si le participant n'est pas effectivement au travail par suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle, il est réputé être à l'emploi de l'employeur tant qu'il a droit au versement de l'assurance salaire prévue aux présentes;
 - ii) Si la cessation temporaire d'emploi est attribuable à une grève ou un lock-out, l'assurance est maintenue intégralement pour une période n'excédant pas 3 mois pour tous les participants à condition

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

que les primes continuent d'être versées et qu'il n'y ait aucune sélection individuelle.

L'assurance peut cependant être résiliée ou modifiée dans les 7 premiers jours de l'événement, si le titulaire en fait la demande par écrit à l'assureur et s'il y a entente entre les deux parties. La résiliation ou la modification prend effet à la date de réception de la demande par l'assureur;

Cependant, l'Assurance-médicaments et l'Assurance maladie complémentaire doivent être maintenues en vigueur pour une période n'excédant pas 30 jours avec paiement des primes.

- iii) Si la cessation d'emploi est attribuable à la mise à pied temporaire d'un participant, l'assurance est maintenue intégralement pour la plus courte des périodes entre (i) 24 mois et (ii) la période prévue selon les dispositions de sa convention collective, à condition que les primes continuent d'être versées. Le participant peut choisir de maintenir :

- toutes les garanties sauf l'assurance salaire;
- les garanties Assurance-médicaments et Assurance maladie complémentaire seulement.

L'assurance peut cependant être résiliée si le titulaire en fait la demande par écrit à l'assureur et la résiliation prend effet à la date de réception de la demande par l'assureur;

- iv) Si le participant n'est plus effectivement au travail en raison d'un congé sans solde autorisé, incluant un congé parental, de maternité ou de retrait préventif, l'assurance est prolongée en autant que les primes continuent d'être versées. Le participant peut choisir de maintenir :

- toutes les garanties sauf l'assurance salaire;
- les garanties Assurance-médicaments et Assurance maladie complémentaire seulement.

Lorsque l'invalidité survient durant un tel congé et que l'assurance salaire a été maintenue en vigueur, le délai de carence de l'assurance salaire ne commence qu'à la date prévue de retour au travail.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

- v) Si le participant n'est plus effectivement au travail en raison d'un congédiement qu'il conteste par voie de grief ou de recours à l'arbitrage ou d'appel à tout tribunal, l'assurance est maintenue en vigueur durant cette période si les primes continuent d'être versées. Cependant, aucune prestation pour un sinistre survenant au cours de cette période ne sera payable par l'assureur avant que la décision finale ne soit rendue et qu'elle rétablisse le participant dans ses droits d'employé.

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 régime;
- b) La date à laquelle la personne à charge ne répond plus à la définition de personnes à charge du présent régime.
- 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.

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.

REMISE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE

Que la participation au régime soit obligatoire ou facultative, l'assurance d'un employé et celle des personnes à sa charge, s'il y a lieu, peuvent être remises en vigueur aux mêmes conditions et avec les mêmes garanties qui existaient lors de la résiliation. La remise en vigueur prend effet à l'une des dates suivantes :

- a) La date à laquelle l'employé retourne effectivement au travail, à condition qu'il 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, si l'absence a duré moins de 12 mois. Passé ce délai de 31 jours, l'assurance ne prend effet qu'à la date à laquelle l'assureur accepte les

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

preuves d'assurabilité que l'employé 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 l'employé 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 de l'employé;
- c) La date à laquelle l'employé 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, si la cessation d'emploi a duré plus de 12 mois.

Toutefois, l'employé 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 régime d'assurance vie individuelle a été établi en vertu de l'article «Droit de transformation» de la garantie d'assurance vie collective du participant, et que ce régime d'assurance vie individuelle est encore en vigueur, la personne assurée ne pourra être assurée de nouveau en vertu de la garantie d'assurance vie collective qu'à la date à laquelle l'assureur acceptera les preuves d'assurabilité qu'elle doit lui soumettre.

PRESTATIONS

DEMANDE DE RÈGLEMENT ET DÉLAI

Assurance maladie complémentaire et Assurance soins dentaires, s'il y a lieu :

Toute demande de règlement d'Assurance maladie complémentaire et de Soins dentaires doit être transmise à l'assureur dans les 12 mois suivant immédiatement la date de survenance du sinistre donnant droit à des prestations, au moyen des formulaires fournis par l'assureur et, s'il y a lieu, avec les preuves écrites satisfaisantes.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Autres garanties :

Toute autre demande de règlement doit être faite sur les formulaires fournis à cet effet par l'assureur dans les 31 jours suivant immédiatement la date de survenance du sinistre donnant droit à des prestations, et des preuves écrites satisfaisantes doivent parvenir à l'assureur dans les 90 jours suivant immédiatement la date à laquelle des prestations sont payables.

L'assureur se réserve le droit d'exiger des preuves ou renseignements additionnels et de faire examiner la personne assurée par un médecin de son choix.

Toute demande soumise après un délai de 90 jours et pendant que le régime est en vigueur limite la responsabilité de l'assureur à la période de 90 jours précédant la date de réception de la demande écrite.

Nonobstant toute stipulation à effet contraire, lors d'une résiliation de régime, 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 régime.

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)

SUBROGATION

(Cette disposition ne s'applique pas aux prestations d'Assurance vie ni aux prestations d'Assurance décès et mutilation accidentels, le cas échéant.)

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

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

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

Si le participant ou la personne à charge omet de rembourser l'assureur conformément à la police collective, l'assureur cessera de verser des prestations jusqu'à ce qu'il ait récupéré : a) le montant total des prestations

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

payées au participant ou à la personne à charge; et b) un montant, déterminé par l'assureur, qui reflète raisonnablement le montant total ou la valeur des prestations qui seraient payables au participant ou à la personne à charge. Le montant récupéré par l'assureur à cet égard ne doit pas dépasser le montant des dommages-intérêts ou du règlement obtenu par le participant ou la personne à charge. L'assureur aura également le droit de réclamer directement du participant ou de la personne à charge toute somme payée en trop, faute de remboursement.

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

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

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.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

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

PAIEMENT DES PRESTATIONS

L'assureur paiera les sommes assurées, suivant les conditions du régime, dans les 30 jours qui suivent la date de réception des preuves jugées satisfaisantes par l'assureur. 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 sont effectués selon les conditions du régime avec effet rétroactif.

Les prestations d'assurance salaire payables à un participant incapable de gérer ses biens et de donner quittance sont versées à son tuteur ou curateur. Toutefois, après une période de 6 mois suivant la date à laquelle le participant a été déclaré inapte par un médecin, l'assureur continuera de verser les prestations payables à la condition que des procédures relatives à l'ouverture d'un régime de protection soient entreprises.

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 sur la prescription des actions*, 2002 [Ontario]; Code civil [Québec]) dans la province du participant.

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

Au décès du participant, l'assureur s'engage à verser au bénéficiaire le capital assuré indiqué au Tableau sommaire, selon la catégorie à laquelle appartient le participant et sous réserve des conditions ci-après énoncées.

DÉFINITION PARTICULIÈRE

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 66 mois qui suivent immédiatement ce délai, sans égard à la disponibilité de ce travail;
- b) Et 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.

DROIT DE TRANSFORMATION

Le participant qui n'a pas atteint l'âge de 65 ans et dont l'assurance collective est résiliée par suite de la cessation de son emploi ou de son appartenance au groupe, et non pas de la résiliation du présent régime (sous réserve toutefois des dispositions de la loi à cet effet), peut transformer, dans les 31 jours qui suivent la date de cette résiliation, la totalité ou une partie de sa protection d'assurance vie en une police d'assurance vie individuelle d'un genre habituellement émis par l'assureur, et sans soumettre de preuve d'assurabilité. Le participant peut choisir l'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 d'un an.

Dans tous les cas, le montant d'assurance de la police individuelle est le moindre des montants suivants, que le participant soit assuré en vertu de plus

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT (suite)

d'une garantie d'assurance vie, d'assurance vie facultative ou par plus d'une police d'assurance collective établies par l'assureur :

- a) Le montant choisi par le participant lors de la transformation.
- b) Le montant pour lequel le participant était assuré immédiatement avant la fin de son assurance.
- c) 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'un nouveau contrat d'assurance vie collective.
- d) 200 000 \$.

Cette police d'assurance individuelle ne contient aucune clause d'invalidité ni de mort ou mutilation accidentelle et la prime est basée sur les taux de l'assureur alors en usage et qui sont applicables au plan et au montant de telle police, selon l'âge atteint du participant et la classe de risque à laquelle il appartient.

Ladite police n'est émise 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 transformable avant la date de la fin de son assurance.

EXONÉRATION DES PRIMES

- a) Un participant âgé de moins de 65 ans 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 :
 - i) Être âgé de moins de 65 ans à la date du début de son invalidité;
 - ii) Être devenu invalide avant la cessation de son emploi, selon la définition d'invalidité de la présente garantie, et alors qu'il était assuré en vertu de la présente garantie;
 - iii) Être invalide depuis au moins 6 mois continus. La preuve de son invalidité 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.

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT (suite)

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 sera réduit ou résilié tel qu'il est indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant, comme si le participant avait été effectivement au travail.

- b) L'exonération des primes du participant débute le jour suivant une période continue de 6 mois d'invalidité.
- c) 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.
- d) L'exonération des primes d'un participant cesse à la première des dates suivantes :
 - i) La date à laquelle le participant cesse d'être invalide;
 - ii) La date à laquelle le participant omet de se faire examiner par le médecin désigné par l'assureur;
 - iii) 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 régime;
 - iv) La date à laquelle le participant atteint l'âge de cessation indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant;
 - v) La date à laquelle le participant omet de soumettre une preuve d'invalidité demandée par l'assureur;
 - vi) La date à laquelle le participant est incarcéré suite à la commission d'un acte criminel pour lequel il a été reconnu coupable.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

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

Le capital assuré en vertu de la présente garantie est indiqué au Tableau sommaire, selon la catégorie à laquelle le participant appartient et selon le volume qu'il aura préalablement choisi.

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

STATUT DE NON-FUMEUR

Si l'assureur offre des taux de primes réduits pour les non-fumeurs, le participant qui désire bénéficier de ces taux accordés aux non-fumeurs doit faire une déclaration de non-fumeur sur sa demande de participation à l'assurance vie facultative.

Fausse déclaration touchant le statut de non-fumeur

Le participant qui déclare être non-fumeur sur sa demande de participation ou sur sa dernière preuve de déclaration d'assurabilité, si elle est plus récente, alors qu'il est un fumeur, sera réputé avoir fait une fausse déclaration.

S'il est établi, après le décès du participant, que ce dernier a fait une fausse déclaration, l'assurance vie facultative de ce participant sera nulle et sans effet et aucune somme d'assurance vie facultative ne sera versée en vertu de la présente garantie.

Preuve de statut

L'assureur se réserve le droit d'exiger du participant qu'il fournisse de nouveau une déclaration de son statut de non-fumeur chaque fois que des preuves d'assurabilité deviennent exigibles.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

EXCLUSION

Si un participant se suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non, alors qu'il est assuré depuis moins de 24 mois consécutifs en vertu de la présente garantie, l'assureur ne rembourse que les primes perçues pour ce participant et ce remboursement le libère de toutes obligations en vertu des présentes.

Le délai de 24 mois recommence à courir à la date où

- a) l'assurance vie facultative est remise en vigueur;
- b) le volume d'assurance vie facultative est augmenté à la demande du participant, mais uniquement pour le montant d'assurance additionnel.

DROIT DE TRANSFORMATION

Le participant qui n'a pas atteint l'âge de 65 ans et dont l'assurance collective est résiliée par suite de la cessation de son emploi ou de son appartenance au groupe, et non pas de la résiliation du présent régime (sous réserve toutefois des dispositions de la loi à cet effet), peut transformer, dans les 31 jours qui suivent la date de cette résiliation, la totalité ou une partie de sa protection d'assurance vie facultative en une police d'assurance vie individuelle d'un genre habituellement émis par l'assureur, et sans soumettre de preuve d'assurabilité. Le participant peut choisir l'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 d'un an.

Dans tous les cas, le montant d'assurance de la police individuelle est le moindre des montants suivants, que le participant soit assuré en vertu de plus d'une garantie d'assurance vie, d'assurance vie facultative ou par plus d'une police d'assurance collective établies par l'assureur :

- a) Le montant choisi par le participant lors de la transformation.
- b) Le montant pour lequel le participant était assuré immédiatement avant la fin de son assurance.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT (suite)

- c) 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'un nouveau contrat d'assurance vie collective.
- d) 200 000 \$.

Cette police d'assurance individuelle ne contient aucune clause d'invalidité ni de mort ou mutilation accidentelle et la prime est basée sur les taux de l'assureur alors en usage et qui sont applicables au plan et au montant de telle police, selon l'âge atteint du participant et la classe de risque à laquelle il appartient.

Ladite police n'est émise 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 transformable avant la date de la fin de son assurance.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Toute autre disposition de la garantie ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT fait partie intégrante de la présente garantie.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

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

Le capital assuré est indiqué au Tableau sommaire, selon la catégorie à laquelle appartient le 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.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE AU DÉCÈS DU PARTICIPANT

Au décès du participant, l'assurance des personnes à charge est prolongée, sans paiement des primes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) 3 mois après le décès du participant;
- b) La date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si le participant avait été vivant;
- c) La date de résiliation de la garantie ou du régime.

DROIT DE TRANSFORMATION POUR LE CONJOINT

Le participant qui n'a pas atteint l'âge de 65 ans et dont l'assurance collective est résiliée par suite de la cessation de son emploi ou de son appartenance au groupe, et non pas de la résiliation du présent régime (sous réserve toutefois des dispositions de la loi à cet effet), peut transformer, dans les 31 jours qui suivent la date de cette résiliation, la totalité ou une partie de la protection d'assurance vie de son conjoint en une police d'assurance vie individuelle d'un genre habituellement émis par l'assureur, et sans soumettre de preuve d'assurabilité. Le participant peut choisir l'un des types d'assurance suivants :

- a) permanente;

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE (suite)

- 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 d'un an.

Dans tous les cas, le montant d'assurance de la police individuelle est le moindre des montants suivants, que le conjoint soit assuré en vertu de plus d'une garantie d'assurance vie, d'assurance vie facultative ou par plus d'une police d'assurance collective établies par l'assureur :

- a) Le montant choisi par le participant lors de la transformation;
- b) Le montant pour lequel le conjoint était assuré immédiatement avant la fin de son assurance;
- c) 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'un nouveau contrat d'assurance vie collective;
- d) 200 000 \$.

Cette police d'assurance individuelle ne contient aucune clause d'invalidité ni de mort ou mutilation accidentelle et la prime est basée sur les taux de l'assureur alors en usage et qui sont applicables au plan et au montant de telle police, selon l'âge atteint du conjoint et la classe de risque à laquelle il appartient.

Ladite police n'est émise 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 conjoint pendant la période de 31 jours suivant la date de la fin de l'assurance du participant, l'assureur paie un montant égal au montant d'assurance transformable avant la date de la fin de l'assurance.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT

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

Le capital assuré dont le conjoint pourra se prévaloir correspondra au montant d'assurance demandé tel qu'indiqué au Tableau sommaire.

Si le conjoint décède alors qu'il était couvert par la présente garantie, l'assureur s'engage à verser au participant le capital assuré au moment du décès, sous réserve des modalités et des conditions énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

EXONÉRATION DES PRIMES

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

DROIT DE TRANSFORMATION

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

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

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

Un conjoint dont l'assurance vie facultative 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

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT (suite)

événements, en raison du décès du participant, pourra transformer son assurance vie facultative en tout ou en partie en une police d'assurance vie individuelle sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité.

Le participant ou le conjoint, le cas échéant, pourra transformer son assurance vie facultative 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 facultative pour lesquels le conjoint était assuré en vertu de la présente garantie, d'une garantie d'assurance vie 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 \$.

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 facultative du conjoint et ne prend effet qu'à l'expiration de cette période.

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

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT (suite)

STATUT DE NON-FUMEUR

Si l'assureur offre des taux de primes réduits pour les non-fumeurs, le conjoint qui désire bénéficier de ces taux accordés aux non-fumeurs doit faire une déclaration de non-fumeur sur sa demande de participation à l'assurance vie facultative.

Fausse déclaration touchant le statut de non-fumeur

Le conjoint qui déclare être non-fumeur sur la demande de participation ou sur sa dernière preuve de déclaration d'assurabilité, si elle est plus récente, alors qu'il est un fumeur, sera réputé avoir fait une fausse déclaration.

S'il est établi, après le décès du conjoint, que ce dernier a fait une fausse déclaration, l'assurance vie facultative de ce conjoint sera nulle et sans effet et aucune somme d'assurance vie facultative ne sera versée en vertu de la présente garantie.

Preuve de statut

L'assureur se réserve le droit d'exiger du conjoint qu'il fournisse de nouveau une déclaration de son statut de non-fumeur chaque fois que des preuves d'assurabilité deviennent exigibles.

EXCLUSION

Si une personne assurée se suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non, moins de 24 mois suivant la date d'entrée en vigueur de sa protection en vertu de la présente garantie, aucune prestation ne sera versée par l'assureur. L'assureur ne remboursera au participant que les primes relatives à l'assurance vie facultative perçues pour telle personne et le remboursement le libère de toutes les obligations en vertu de la présente garantie.

Le délai de 24 mois débute à nouveau à la date à laquelle :

- a) l'assurance vie facultative est remise en vigueur; ou
- b) le montant d'assurance vie facultative est augmenté à la demande du participant, mais uniquement pour le montant d'assurance additionnel.

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

L'assureur s'engage à verser au participant qui devient 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, sous réserve des conditions ci-après énoncées.

DÉFINITIONS PARTICULIÈRES

Hospitalisation : L'occupation d'une chambre d'hôpital à titre de patient alité admis, s'il y a émission d'une facture par un régime gouvernemental d'assurance maladie.

Invalidité : L'incapacité totale et continue du participant, par suite d'une maladie ou d'une blessure accidentelle, qui l'empêche complètement d'exercer toutes et chacune des tâches 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.

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 hebdomadaire indiqué à ce même tableau.

Réduction des prestations :

- a) Aucune prestation hebdomadaire ne sera payable si des prestations d'invalidité sont payables ou le seraient si une demande satisfaisante avait été faite en vertu :
 - i) d'une loi sur les accidents du travail;
 - ii) d'une loi provinciale sur l'assurance automobile, sauf pour la partie du salaire qui excède le salaire maximal admissible à cette loi.

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE (suite)

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

- 1) prestation payable par l'assureur,
 - 2) moins les impôts fédéral et provincial applicables, selon les exemptions personnelles du participant,
 - 3) moins la prestation payable par le régime gouvernemental.
- b) La prestation sera réduite de toute rémunération versée par l'employeur en vertu d'une politique de continuation de salaire, de vacances, de congés statutaires ou de congés de maladie, si l'assureur reçoit un avis écrit à cet effet au moment de la demande de prestation et préalablement à toute autre période d'absence rémunérée subséquente.

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 invalide atteint l'âge de cessation indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant, si le participant a reçu au moins 15 semaines de prestations; sinon, la date à laquelle il a reçu 15 semaines de prestations;
- d) La date à laquelle le participant prend sa retraite;
- 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;
- h) La date à laquelle le participant exerce une occupation rémunératrice;
- i) La date à laquelle le participant est incarcéré suite à la commission d'un acte criminel pour lequel il a été reconnu coupable.

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE (suite)

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 90 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.

Si le participant a effectivement repris le travail pour une période de 90 jours consécutifs ou plus et qu'il redevient invalide, durant l'effet de cette garantie, suite à la même cause que celle de l'invalidité antérieure ou à des causes connexes, l'invalidité est considérée comme une nouvelle invalidité à la condition que le participant n'ait pas droit à des prestations mensuelles d'invalidité, et un nouveau délai de carence est imposé.

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 tentative de suicide ou toute blessure que le participant s'inflige volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
 - iii) Toute cessation de travail pour recevoir des soins qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qui sont donnés dans un but esthétique, sauf si les soins sont dus à une maladie ou à une blessure accidentelle;
 - iv) Toute blessure ou maladie qui résulte de la perpétration, de la tentative de perpétration ou de la provocation d'une agression ou d'un acte criminel;

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE (suite)

- v) Toute blessure ou maladie survenue alors que le participant était en service dans les forces armées.
- 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.

- c) Si l'invalidité est attribuable à la toxicomanie ou à l'alcoolisme, la prestation hebdomadaire d'assurance salaire 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, une mise à pied temporaire ou un congé sans solde, si la garantie du participant n'a pas été maintenue en vigueur pendant la grève, le lock-out, la mise à pied temporaire ou le congé sans solde.

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.

Toutefois, l'exonération des primes prend fin à la date de résiliation de la garantie ou du régime.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

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 66 mois qui suivent immédiatement ce délai, sans égard à la disponibilité de ce travail;
- b) Et 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 :

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (suite)

- 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.

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, (c) d'une assurance collective ou d'un régime de rente auquel contribue le titulaire, et (d) de tout autre contrat d'assurance, 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 régime;
- 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;

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (suite)

- g) La date à laquelle le participant omet de soumettre les preuves demandées par l'assureur;
- 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 90 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.

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 tentative de suicide ou toute blessure que le participant s'inflige volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
 - 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

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (suite)

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;
 - v) Toute blessure ou maladie survenue alors que le participant était en service dans les forces armées.
- 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.

- 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, une mise à pied temporaire ou un congé sans solde, si la garantie du participant n'a pas été maintenue en vigueur pendant la grève, le lock-out, la mise à pied temporaire ou le congé sans solde.

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.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (suite)

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.

INDEXATION

Le montant de la prestation versée est ajusté au 1^{er} janvier de chaque année selon l'indice utilisé par la Régie des Rentes du Québec, jusqu'à concurrence du taux annuel maximal d'indexation indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant.

ASSURANCE-MÉDICAMENTS

L'assureur s'engage à rembourser les frais relatifs à la protection prévue par le RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS du Québec, pour les personnes résidant au Québec et qui sont inscrites à la Régie de l'assurance-maladie du Québec (ci-après appelée la Régie), sans égard au risque relié à leur état de santé.

Cette protection est obligatoire pour tout employé ou retraité et ses personnes à charge admissibles au présent régime, sous réserve des dispositions de la Loi sur l'assurance-médicaments.

La protection offerte est conforme aux dispositions pertinentes de la Loi sur l'assurance-médicaments et à toute autre disposition prévue au Tableau sommaire, selon la catégorie à laquelle appartient le participant.

Toute modification à la Loi sur l'assurance-médicaments touchant le RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS du Québec modifiera également les dispositions pertinentes du présent régime.

DÉFINITIONS PARTICULIÈRES

Franchise

La franchise, le cas échéant, est la part du coût des services pharmaceutiques et des médicaments qu'une personne assurée conserve entièrement à sa charge. Le montant maximal de la franchise exigible est indiqué au Tableau sommaire.

Remboursement

L'assureur rembourse un certain pourcentage des frais couverts qui ont été engagés, après avoir déduit la franchise, le cas échéant, tel qu'indiqué au Tableau sommaire.

Coassurance

La coassurance, le cas échéant, est la proportion du coût des services pharmaceutiques et des médicaments qui demeure à la charge de la personne assurée jusqu'à concurrence de la contribution maximale.

ASSURANCE-MÉDICAMENTS (suite)

Contribution maximale

La contribution maximale est le montant total assumé par une personne assurée, au delà duquel le coût des services pharmaceutiques et des médicaments est assumé entièrement par l'assureur. La contribution maximale est indiquée au Tableau sommaire.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES POUR LES PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS

Le choix d'une personne de 65 ans et plus de s'assurer auprès de la Régie pour le RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS est irrévocable.

Aux fins du présent régime, les personnes de 65 ans et plus sont présumées être couvertes en vertu du RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS de la Régie, ainsi que les personnes à charge d'un participant de 65 ans ou plus, quel que soit leur âge.

Par ailleurs, l'assureur se réserve le droit de modifier les taux de la présente garantie pour toute personne de 65 ans et plus qui est admissible à l'assurance en vertu du présent régime et qui choisit de s'assurer en vertu de la présente garantie.

Nonobstant toute autre disposition à l'effet contraire, cette garantie ne prévoit aucune cessation en raison de l'âge du participant ou d'une personne à charge.

FRAIS COUVERTS

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

Les services pharmaceutiques, soit le service d'exécution d'une ordonnance ou de son renouvellement, et les médicaments admissibles selon la liste des médicaments de la Régie qui sont fournis au Québec par un pharmacien, sur ordonnance d'un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire des médicaments. Tout autre médicament prévu par règlement, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminées par un règlement, fait partie des frais couverts.

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 autre loi ou de tout autre régime gouvernemental.

ASSURANCE-MÉDICAMENTS (suite)

RÉDUCTIONS

Les frais couverts par la présente garantie sont limités aux frais raisonnables et courants normalement engagés pour des frais identiques, couverts et facturés au Québec. Ces frais raisonnables et courants sont établis par l'assureur et peuvent être révisés au besoin.

EXCLUSION

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

COORDINATION DES PRESTATIONS

Telle que prévue dans la clause *Coordination des prestations* de la garantie ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

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

Hôpital : Hôpital désigne une institution de soins de courte durée

- a) légalement reconnue comme telle;
- b) destinée aux soins des patients alités; et
- 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 réadaptation, maison de convalescence ou de soins pour malades chroniques : Ces termes désignent une institution ou une unité de soins

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

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

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

Orthèse ou appareil orthopédique : Appareil appliqué à un membre ou à une partie du corps pour corriger une déficience fonctionnelle.

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

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

d'assistance respiratoire et de diagnostic, excluant les appareils orthopédiques, les stéthoscopes et sphymomanomètres.

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 et est habituellement moins dispendieux.

HOSPITALISATION AU CANADA

L'assureur rembourse la partie des frais d'hospitalisation engagés au Canada qui excède le montant remboursé par les régimes gouvernementaux, jusqu'à concurrence du maximum quotidien indiqué au Tableau sommaire et sans limite quant au nombre de jours d'hospitalisation.

FRAIS D'URGENCE 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 doivent être rendus nécessaires en raison d'une maladie subite et inattendue ou d'un accident survenu pendant un séjour hors de la province de résidence dont la durée prévue n'excède pas 6 mois.

De plus, si la personne assurée est hospitalisée hors du Canada, elle doit contacter le SERVICE D'ASSISTANCE MÉDICALE dès qu'il est possible de le faire, sans quoi l'assureur se réserve le droit de terminer la couverture.

En l'absence de contre-indication médicale, l'assureur peut exiger le rapatriement de toute personne assurée ou son transfert à un lieu de traitement différent. Le rapatriement doit être recommandé et planifié par la firme d'assistance médicale. Le refus de suivre une recommandation de rapatriement libère l'assureur de toute responsabilité relativement aux frais engagés par la suite.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Le maximum global que rembourse l'assureur pour les frais engagés hors de la province de résidence est indiqué au Tableau sommaire.

FRAIS MÉDICAUX AU CANADA

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

- a) Les services, soins et traitements prescrits au préalable par un médecin :
 - i) Services rendus au domicile de la personne assurée par un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire 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;
 - ii) Service ambulancier de la région pour le transport à l'hôpital (aller et retour), ainsi que le transport aérien ou par train en cas d'urgence, pour une personne qu'on ne peut transporter autrement;
 - iii) Médicaments qui sont délivrés par un pharmacien et qui ne peuvent être obtenus que sur l'ordonnance d'un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire des médicaments, à l'exception des produits exclus à l'article Exclusions et réductions de la présente garantie.

Les médicaments prescrits sous convention tels que, mais non limités, aux médicaments d'entretien pris sur une base quotidienne, durant une période prolongée, pour le traitement d'un problème de santé continu, tels que les médicaments pour le traitement de l'asthme, du diabète, de l'hypertension artérielle, du taux de cholestérol élevé, pourvu qu'ils soient prescrits par un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire de tels médicaments et qu'ils soient délivrés par un pharmacien.

L'équipement lié à l'injection d'insuline tels les aiguilles, les seringues, les lancettes et le matériel pour des tests de diagnostic.

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

Certains médicaments devront être préautorisés par l'assureur avant leur utilisation. Pour ces médicaments, la personne assurée devra

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

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.

- iv) Achat ou location de prothèses orthopédiques, de membres ou d'yeux artificiels, d'appareils orthopédiques, de béquilles, d'attelles, de plâtres, de pansements, de corsets orthopédiques, de couches pour incontinence ou les appareils thérapeutiques suivants : appareils d'aérosolthérapie, stimulateurs de consolidation de fracture, respirateurs à pression positive, pompe à insuline, instruments de surveillance respiratoire, vêtements pour le traitement de brûlures, neurostimulateurs percutanés;
- v) Location ou achat (au choix de l'assureur) d'un fauteuil roulant (excluant un fauteuil électrique sauf pour un quadriplégique), d'un lit d'hôpital (excluant un lit électrique), d'un poumon d'acier ou d'un appareil mécanique;
- vi) Achat de prothèses mammaires externes rendues nécessaires à la suite d'une mastectomie, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
- vii) Achat de bas élastiques médicaux prescrits pour le traitement de varices, par suite de brûlures importantes ou par suite d'une intervention chirurgicale, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire. Sont considérés comme bas élastiques : bas de soutien élastique à compression; bas élastique médical à compression; bas spécial sur mesure à base de caoutchouc pour aider à la cicatrisation de brûlures;
- viii) Séjour dans une maison de réadaptation, une maison de convalescence ou une maison de soins pour malades chroniques dûment autorisées par un organisme gouvernemental approprié, si la personne assurée est sous les soins d'un médecin ou d'un infirmier autorisé, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire, à condition que ce séjour commence moins de 14 jours après la fin d'une hospitalisation;
- ix) Achat de souliers orthopédiques, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire. Sont considérées comme orthopédiques les chaussures conçues et fabriquées sur mesure pour une personne à partir d'un moulage dans le but de corriger un défaut du pied et les chaussures ouvertes, évasées ou droites ainsi

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

que celles nécessaires au maintien d'attelles; de plus, le coût des orthèses podiatriques ou modifications faites à des chaussures préfabriquées est également admissible; toutefois, les chaussures profondes sont exclues;

- x) Frais de stérilets, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
 - xi) Achat de lunettes ou de lentilles cornéennes par suite d'une opération de la cataracte, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire et pourvu que ces frais soient engagés avant l'âge de 65 ans;
 - xii) Les services suivants, à condition qu'ils soient rendus sous la surveillance d'un médecin : examens radiographiques ou à ultrasons et analyses de laboratoire; traitements au radium ou aux rayons X; oxygène et la location des appareils nécessaires à son administration; sang, plasma sanguin et transfusions, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
 - xiii) Achat de prothèses capillaires suite à une chimiothérapie, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
 - xiv) Frais pour les injections sclérosantes à des fins médicales, pour la partie représentant le médicament seulement, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
 - xv) Sérums et injections ne pouvant s'obtenir que sur ordonnance médicale et donnés par un médecin ou un infirmier;
 - xvi) Achat de bâtonnets servant à mesurer le taux de glucose dans le cas de diabète, ou achat d'un appareil à mesurer le taux de glucose (dextromètre/glucomètre) jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante et que sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil. Toutefois, les frais admissibles sont limités aux tarifs de l'association *Les Diabétiques de Québec*.
- b) Les soins dentaires donnés hors de l'hôpital par un chirurgien dentiste et rendus nécessaires par suite d'une blessure accidentelle aux mâchoires ou à des dents naturelles, saines et entières, survenue en cours d'assurance, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Seuls les soins reçus au cours des 12 mois qui suivent l'accident sont couverts. Les autres frais dentaires sont exclus.

- c) Les frais de chirurgie plastique nécessaire suite à une blessure accidentelle, pour des dommages subis après le début de l'assurance, à condition que les soins soient reçus moins de 12 mois après la date de l'accident, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.
- d) Les frais de séjour pour une cure de désintoxication dans un établissement approuvé par l'assureur, en cure fermée (incluant le coût de la chambre, les repas et les soins infirmiers), jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.
- e) Les honoraires pour les soins paramédicaux donnés par l'un des professionnels indiqué au Tableau sommaire et jusqu'à concurrence des maximums indiqués 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. Les services ne sont couverts que dans la mesure où ils relèvent de la spécialité du professionnel concerné.

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.

- f) 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, un audiologiste ou un orthophoniste.

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

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

- a) La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :
- i) Tous les frais payables ou remboursables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été soumise;
 - ii) Tous les frais résultant de toute tentative de suicide ou toute blessure que la personne assurée s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
 - iii) 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;
 - iv) Tous les frais engagés pendant que la personne assurée est en service dans les forces armées;
 - v) Tout traitement ou appareil visant à corriger le bruxisme ou la dimension verticale, ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;
 - vi) L'intervention chirurgicale ou le traitement qui n'est pas médicalement nécessaire, qui est donné dans un but esthétique (sauf si prévu dans la description de la 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;
 - vii) Les frais pour les examens médicaux subis à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
 - viii) Tous les soins ou traitements inscrits dans le cadre d'un programme de recherche et de développement de produit dont l'usage n'est pas recommandé par le fabricant ou n'est pas conforme aux normes gouvernementales, ou tous les autres frais engagés pour des soins ou traitements non reconnus d'usage courant, usuel et coutumier;
 - ix) La partie des frais en excédent des frais raisonnables et courants normalement engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une maladie de même nature et de gravité équivalente;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- x) 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;
- xi) Tout voyage de santé ou cure de repos;
- xii) L'examen des yeux, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- xiii) La prescription, l'achat initial, l'ajustement ou le remplacement de lunettes ou de lentilles cornéennes, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- xiv) Tous les soins ou traitements reliés à la fertilité ou l'infertilité;
- xv) Les frais d'achat ou de location de tout appareil de confort, de massage et d'accessoires domestiques d'usage non exclusivement médical;
- xvi) Les contraceptifs (autres qu'oraux), sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie, les auxiliaires anti-tabagisme, les stimulants pour la pousse des cheveux, les stéroïdes anabolisants et les hormones de croissance;
- xvii) Les produits suivants, sauf s'ils ne peuvent être obtenus que sur l'ordonnance d'un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire des médicaments et délivrés par un pharmacien :
 - shampoings et autres produits pour le cuir chevelu;
 - produits pour soins esthétiques, cosmétiques et produits dits naturels;
 - huile de teint (écran solaire);
 - savons;
 - laxatifs d'usage courant;
 - anti-acides stomacaux d'usage courant;
 - émollients épidermiques;
 - désinfectants et pansements usuels;
 - gelées et mousses contraceptives et prophylactiques;
 - eaux minérales;
 - préparations de lait de toute nature pour bébés;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- protéines ou suppléments diététiques (c'est-à-dire les produits servant de supplément ou de complément à l'alimentation);
 - produits, hormones et injections servant au traitement de la cellulite et de l'obésité, y compris les anorexigènes;
 - substances utilisées pour injections sclérosantes dans les cas de varicosités, pinceaux veineux et dilatation mineure non réellement pathologiques mais considérés comme inesthétiques;
- xviii) La contribution au paiement du coût des services pharmaceutiques et des médicaments que doit assumer la personne assurée en vertu du Régime d'assurance-médicaments du Québec;
- xix) Les frais engagés pour des problèmes de dysfonction érectile ou tous médicaments associés à la notion de «style de vie»;
- xx) Les frais liés à tout soin ou traitement qui a été prodigué par un fournisseur de soins de santé ou un fournisseur de services qui :
- i) a été accusé d'avoir commis une faute professionnelle ou d'avoir eu recours à des pratiques déloyales; ou
 - ii) fait l'objet d'une enquête menée par un organisme officiel relativement à une loi ou à un règlement; ou
 - iii) fait l'objet d'une enquête menée par l'assureur relativement à sa conduite professionnelle ou à sa pratique; ou
 - iv) exerce une profession qui n'est pas réglementée par un organisme de réglementation fédéral ou provincial reconnu de façon officielle et compétent dans le territoire où les services ont été fournis et, selon l'avis raisonnable de l'assureur, ne satisfait pas aux standards de l'industrie relatifs à sa profession.
- b) Le montant de la prestation est diminué de toute prestation payable ou remboursable en vertu d'un régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui habituellement l'aurait été si une demande de règlement avait été soumise.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

CALCUL DU REMBOURSEMENT

Franchise : La franchise est la partie des frais couverts 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, le cas échéant.

Report de la franchise : Si la franchise a été acquittée en tout ou en partie par le paiement de frais engagés au cours des 3 derniers mois d'une année civile, la franchise applicable à l'année suivante sera réduite du montant de la franchise déjà acquittée.

Remboursement : L'assureur rembourse un certain pourcentage des frais couverts qui ont été engagés au cours d'une année civile, après avoir déduit la franchise applicable à cette année-là, le cas échéant. Ce pourcentage est indiqué au Tableau sommaire.

Maximum par personne assurée : Le maximum global que rembourse l'assureur pour la présente garantie est indiqué au Tableau sommaire.

Coordination des prestations : Les garanties du présent régime seront coordonnées avec toute prestation que la personne assurée reçoit ou pourrait recevoir en vertu de toute autre garantie. L'expression «garantie» désigne toute garantie qui prévoit des prestations pour soins, services ou fournitures en vertu :

- a) de tout régime d'assurance collective, individuelle, familiale, d'assurance voyage, d'assurance des débiteurs et des épargnants,
- b) de tout régime public prévoyant des prestations pour des soins similaires, et
- c) de tout régime d'avantages sociaux non assuré.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

PROLONGATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE AU DÉCÈS DU PARTICIPANT

Au décès du participant, l'assurance des personnes à charge est prolongée, sans paiement des primes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) 3 mois après le décès du participant;
- b) La date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si le participant avait été vivant;
- c) La date de résiliation de la garantie ou du régime.

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.

Toutefois, l'exonération des primes se termine à la date de résiliation de la garantie ou du contrat.

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 police collective. Si aucune demande n'est présentée et aucune prime n'est payée

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

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.

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA

Cette garantie offre à la personne assurée, qui participe déjà à un régime gouvernemental d'assurance maladie, un service d'assistance médicale en cas d'urgence pendant un voyage privé ou professionnel dont la durée prévue n'excède pas 6 mois, pour tout accident ou maladie survenu hors du Canada, sous réserve des conditions ci-après énoncées.

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

DÉFINITIONS PARTICULIÈRES

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

Accident : Tout événement soudain, imprévisible et violent, résultant directement d'une cause externe, indépendant de la volonté de la personne assurée, constituant la cause d'une atteinte corporelle qui empêche la continuation normale du voyage, et qui survient pendant que cette garantie est en vigueur.

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, 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.

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA (suite)

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, accident ou maladie justifiant l'intervention du service d'assistance médicale.

ASSISTANCE MÉDICALE

- a) Les services médicaux suivants sont disponibles en cas d'urgence suite à une maladie ou à un accident :
- 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 l'accident.
 - 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 l'accident 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

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA (suite)

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

- Les frais engagés pour le transport et le transfert de la personne assurée et décrits aux deux paragraphes précédents seront pris en charge par l'assureur.

iv) Paiement des dépenses médicales et avance de fonds

- Prendre les arrangements nécessaires au paiement des dépenses médicales couvertes en vertu de la garantie ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE faisant partie du présent régime pour l'hospitalisation et les soins médicaux et chirurgicaux hors du Canada en cas d'urgence.

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

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

v) Rapatriement de la dépouille mortelle

- Suite au décès de la personne assurée causé par une maladie ou un accident, 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 au Canada, 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.

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA (suite)

- vi) Retour des enfants à charge
 - Organiser le rapatriement des enfants de la personne assurée qui ont moins de 16 ans et sont privés de surveillance. Le service d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touriste des enfants accompagnés, au besoin, à leur lieu de résidence habituel au Canada. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.
- vii) Retour d'un membre de la famille immédiate
 - Organiser le rapatriement de tout autre membre de la famille immédiate ayant perdu l'usage de son billet d'avion en raison de l'hospitalisation ou du décès de la personne assurée. Le service d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touriste d'un membre de la famille immédiate à son lieu de résidence habituel au Canada. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.
- viii) Visite d'un membre de la famille immédiate
 - Organiser le transport aller-retour en classe touriste d'un membre de la famille immédiate à des fins de visite si la personne assurée est hospitalisée pour une durée minimum de 7 jours consécutifs et si ladite visite est bénéfique à la personne assurée, d'après l'avis du médecin traitant.
- ix) Allocation pour nourriture et logement
 - Aux fins des paragraphes vi), vii) et viii), les frais engagés pour le logement et les repas sont remboursés par le service d'assistance médicale jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour pour une durée maximum de 7 jours. Le service d'assistance médicale rembourse les frais reliés au logement et aux repas sur réception de reçus explicatifs.
- x) Retour du véhicule
 - Le service d'assistance médicale verse une allocation maximale de 1 000 \$ pour le retour du véhicule de la personne

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA (suite)

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.

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA (suite)

- iv) Information-voyage
 - Le service d'assistance médicale transmet avant, pendant et après le voyage des informations relatives au transport, aux vaccinations et aux précautions à prendre.
- v) Envoi de médicament
 - Lorsque la personne assurée ne peut trouver sur place un médicament indispensable à la poursuite d'un traitement en cours, le service d'assistance médicale effectue les démarches nécessaires à la recherche et à l'envoi de ces médicaments. Le coût du médicament est remboursé par la personne assurée à moins qu'il ne soit couvert en vertu de la garantie ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE faisant partie du présent régime.
- vi) Perte de bagages ou de documents
 - Si la personne assurée égare ou se fait voler ses bagages ou documents de voyage, le service d'assistance médicale aide la personne assurée à contacter les autorités compétentes.

EXCLUSIONS

La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :

- a) Tous les frais payables ou remboursables en vertu d'un régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été soumise;
- b) Tous les frais résultant de toute tentative de suicide ou toute blessure que la personne assurée s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- 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

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA (suite)

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.

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 subies lors de l'accident.

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.

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA (suite)

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 – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

L'assureur s'engage à rembourser les frais admissibles décrits ci-après, engagés alors que la personne assurée était couverte par la présente garantie et découlant de l'annulation ou de l'interruption d'un voyage couvert, jusqu'à concurrence d'un maximum de 5 000 \$ par personne assurée, par voyage couvert, sous réserve des conditions et des modalités énoncées dans la présente garantie et la police collective.

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

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

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

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

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

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

Destination : La ville ou le pays où se rend la personne assurée.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE(suite)

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

Voyage couvert : Un voyage

- a) qui amènera la personne assurée à s'absenter de son domicile pendant au moins 2 nuits consécutives, et
- b) dont la destination est à au moins 400 kilomètres du domicile de la personne assurée.

RISQUES ASSURÉS

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

- a) La maladie, la blessure ou le décès de la personne assurée, d'un membre de sa famille, d'un compagnon de voyage ou d'un membre de la famille du compagnon de voyage;
- b) La maladie, la blessure ou le décès d'un associé d'affaires ou de l'hôte à destination de la personne assurée;
- c) La maladie, la blessure ou le décès d'une personne dont la personne assurée est le tuteur légal;
- d) Le décès d'une personne dont la personne assurée est l'exécuteur testamentaire;
- e) La convocation de la personne assurée à titre de membre d'un jury ou de témoin dans un procès dont l'audition est prévue pendant la période du voyage couvert, sauf si la personne assurée est un officier responsable de l'application de la loi;
- f) La mise en quarantaine de la personne assurée;
- g) Le détournement d'un transporteur à bord duquel la personne assurée voyage;
- h) Un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de la personne assurée;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE(suite)

- i) L'annulation d'une réunion d'affaires à la suite d'une maladie, d'une blessure ou du décès de la personne avec qui les arrangements pour la réunion d'affaires avaient été pris au préalable (une preuve écrite des arrangements est requise);
- j) Une recommandation du gouvernement du Canada incitant ses citoyens à ne pas voyager vers cette destination, si cette recommandation a été émise après que la personne assurée ait pris les engagements relatifs au voyage couvert;
- k) La mutation de la personne assurée exigée par son employeur, qui nécessite le déménagement de la personne assurée à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, dans les 30 jours précédant la date du départ.
- l) L'absence de la correspondance prévue ou un départ retardé en raison (i) d'un délai du transporteur responsable de s'assurer de la correspondance à condition que le retard soit causé par des conditions atmosphériques ou une défaillance mécanique ou (ii) d'un accident de la circulation mettant en cause l'automobile privée ou louée de la personne assurée ou le taxi dans lequel elle circulait.

FRAIS COUVERTS

Les frais suivants sont couverts :

- a) En cas d'annulation avant le départ :
 - i) La portion non remboursable des frais de voyage payés à l'avance;
 - ii) Les frais supplémentaires engagés pour des tarifs d'occupation plus élevés en milieu hôtelier par la personne assurée qui décide de poursuivre un voyage couvert lorsqu'un compagnon de voyage doit annuler en raison de l'un des risques assurés. Les frais supplémentaires seront remboursés jusqu'à concurrence d'une somme ne dépassant pas la pénalité d'annulation de l'hôtel applicable au moment où la personne accompagnatrice doit annuler son voyage couvert.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE(suite)

- b) Si le retour est anticipé ou retardé :
- i) Le coût supplémentaire d'un billet de retour simple le plus économique jusqu'au point de départ;
 - ii) La portion non utilisée et non remboursable des frais des autres arrangements de voyage payés à l'avance;
 - iii) Les frais de subsistance pour le logement et les repas dans un établissement commercial lorsqu'une personne assurée doit reporter son retour pour cause de maladie ou de blessure qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, sous réserve d'un remboursement quotidien maximal de 150 \$ par personne assurée et d'un remboursement global maximal de 1 500 \$ pour le participant et ses personnes à charge.

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

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

Pour que la garantie s'applique, la personne assurée doit avoir prévu arriver au point de départ au moins 2 heures avant l'heure prévue du départ.
 - ii) La portion non utilisée et non remboursable des frais de voyage payés à l'avance, si les conditions atmosphériques empêchent la personne assurée d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pendant une période représentant une interruption d'au moins 30 % de la durée prévue du voyage couvert, et que la personne assurée décide de ne pas poursuivre ledit voyage couvert.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE(suite)

EXCLUSIONS

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

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

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

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

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE(suite)

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

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

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

L'assureur s'engage à rembourser au participant les frais pour les soins dentaires, sous réserve des conditions énoncées ci-après.

DÉFINITIONS PARTICULIÈRES

Généraliste : Dentiste qui exerce sans spécialité à l'intérieur de sa profession.

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

Denturologiste : Personne dûment autorisée par l'organisme provincial responsable à vendre et ajuster des prothèses dentaires.

Frais engagés : Les frais qui correspondent à un acte professionnel déjà posé. Les frais ne sont considérés comme étant engagés qu'une fois le traitement effectué, même si un programme de traitement a été soumis à l'assureur et approuvé par ce dernier.

Dans le cas de prothèses dentaires, les frais ne sont considérés comme étant engagés qu'une fois la mise en place effectuée.

FRAIS DENTAIRES

Les frais couverts sont les frais engagés pour les soins donnés par le généraliste ou recommandés par le généraliste et donnés par le spécialiste. Seuls sont couverts les frais engagés lorsque le régime est en vigueur. Les frais engagés au Canada sont limités au tarif normal suggéré pour un généraliste de la province où ces traitements sont donnés.

Les frais engagés pour les soins donnés par le denturologiste sont limités au tarif normal suggéré pour un denturologiste de la province où ces traitements sont donnés.

Les frais engagés à l'étranger sont limités au tarif normal suggéré pour un généraliste de la province de résidence de la personne assurée.

Ces frais sont remboursés selon le tarif de l'année qui est indiquée au Tableau sommaire.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

Les frais dentaires suivants sont couverts :

Soins préventifs

- a) Diagnostic
 - i) examens complets (un par 9 mois)
 - ii) examens de rappel (un par 9 mois)
 - iii) examens d'urgence ou d'un aspect particulier
 - iv) films intra-oraux
 - v) films extra-oraux
 - vi) tests et examens de laboratoire; biopsies de tissu mou et biopsies de tissu dur

- b) Prévention
 - i) polissage (un par 9 mois)
 - ii) application topique de fluorure (un par 9 mois)
 - iii) programme de contrôle de la plaque dentaire
 - iv) finition des obturations
 - v) scellants de puits et fissures
 - vi) contrôle de la carie
 - vii) meulage interproximal des dents
 - viii) odontotomie prophylactique
 - ix) détartrage supragingival et subgingival (un par 9 mois)

Soins de base

- a) Obturations
 - i) obturation en amalgame

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

- ii) tenons par obturation
- iii) obturation en composite
- b) Endodontie
 - i) coiffage de pulpe
 - ii) pulpotomie
 - iii) traitement de canal
 - iv) apectomie et obturation rétrograde
 - v) amputation de racine
 - vi) traitements endodontiques généraux
 - vii) hémisection
 - viii) réimplantation
 - ix) débridement du matériel obturateur ou ablation de corps étrangers
 - x) stabilisateur endodontique intra-osseux
 - xi) traitements d'urgence ou relatifs à un traumatisme endodontique
- c) Parodontie
 - i) soins de certaines infections aiguës et autres lésions
 - ii) application d'agent désensibilisant
 - iii) actes de chirurgie parodontale
 - iv) jumelages provisoires
 - v) services parodontaux additionnels
- d) Chirurgie buccale
 - i) ablation de dents et de racines
 - ii) alvéoloplastie
 - iii) ostéoplastie
 - iv) ablation de tumeur et de kyste

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

- v) incision et drainage
- vi) frénectomie
- vii) divers (codes 79301, 79303, 79304, 79305, 79306, 79307, 79308, 79400, 79401, 79601 et 79602)

Soins majeurs

L'achat de prothèses ne peut être remboursé que si l'extraction qui a rendu cet achat nécessaire a eu lieu pendant que la personne était assurée en vertu de la police.

Le remplacement de prothèses ne peut faire l'objet d'un remboursement qu'une seule fois par période de 5 ans et seulement jusqu'à concurrence du remboursement prévu pour une prothèse équivalant à celle que la personne possédait avant le premier remplacement ayant fait l'objet d'un remboursement pour cette même prothèse. Cette limite de 5 ans ne s'applique toutefois pas au remplacement de prothèses temporaires qui ont été mises en bouche moins de 12 mois auparavant.

- a) Obturations en or ou en porcelaine
 - i) aurifications
 - ii) incrustations
 - iii) tenons
 - iv) obturations en porcelaine ou en résine
- b) Restaurations extensives
 - i) couronnes individuelles
 - ii) corps coulés
 - iii) transfert
 - iv) autres services (codes 29100, 29300, 29501, 29502, 29503, 29510 et 29600)
- c) Prothèses amovibles
 - i) prothèses complètes

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

- ii) prothèses partielles
- iii) ajustements et remontages avec balancement
- d) Restaurations mineures
 - i) réparations de prothèses
 - ii) rebasage et regarnissage de prothèses
- e) Prothèses fixes
 - i) pontiques
 - ii) coiffes métalliques
 - iii) réparations
 - iv) piliers
 - v) couronnes télescopiques
 - vi) tenons de rétention dans les couronnes

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

- a) La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :
 - i) Tout traitement ou appareil visant à corriger le bruxisme ou la dimension verticale, ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;
 - ii) Les soins donnés par un hygiéniste dentaire qui ne sont pas administrés sous la surveillance d'un dentiste;
 - iii) Les soins dentaires couverts en vertu de la garantie d'assurance maladie, si cette garantie fait partie du présent régime, ou en vertu de tout autre contrat d'assurance collective;
 - iv) Les services et fournitures relatifs au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport;
 - v) Tous les frais payables ou remboursables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été soumise;

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

- vi) Les soins ou services rendus nécessaires à la suite de toute tentative de suicide ou toute blessure que la personne assurée s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
 - vii) Les soins ou services qui résultent 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;
 - viii) Les soins qui ne sont pas médicalement nécessaires, qui sont donnés dans un but esthétique ou qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique;
 - ix) 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;
 - x) Les soins ou services reliés aux implants;
 - xi) Les frais que la personne assurée engage pour des dommages subis pendant qu'elle est en service dans les forces armées;
 - xii) Les frais engagés pour le remplacement de prothèses perdues ou volées ou pour le double d'une prothèse ou de tout autre appareil;
 - xiii) Les frais engagés pour les analyses de diète, les recommandations et les instructions d'hygiène buccale;
 - xiv) Les frais engagés pour les honoraires d'un chirurgien dentiste relativement à un rendez-vous auquel la personne assurée ne s'est pas présentée ou à un formulaire rempli à la demande de l'assureur;
 - xv) Les frais qui sont à la charge d'un tiers responsable, sauf en cas de subrogation.
- b) Le montant de la prestation est diminué de toute prestation payable ou remboursable en vertu d'un régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui habituellement l'aurait été si une demande de règlement avait été soumise.
- c) Programme de traitement - S'il est prévu que le coût total du traitement dépasse 400 \$, un programme de traitement doit être soumis à l'assureur qui déterminera, avant le début du traitement, le montant des frais couverts.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

Par programme de traitement, on entend une description écrite des traitements nécessaires, selon l'opinion du dentiste, ainsi que les radiographies à l'appui de cette opinion, la date probable et le coût prévu de ces traitements.

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Preuves : Avant d'effectuer un remboursement, l'assureur peut exiger comme preuve à l'appui, sans aucuns frais de sa part, un diagramme complet montrant l'état de la dentition de la personne assurée avant le début des traitements pour lesquels une demande d'indemnité est faite. L'assureur peut aussi, s'il le juge nécessaire, exiger les rapports de laboratoire ou d'hôpital, radiographies, plâtres, moules ou modèles à des fins d'étude ou autres preuves semblables.

Option du type de traitement : S'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de la personne assurée, l'assureur rembourse les frais les moins élevés, à condition toutefois que le traitement donné soit normal et approprié.

CALCUL DU REMBOURSEMENT

Franchise : La franchise est la partie des frais couverts 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, le cas échéant.

Report de la franchise : Si la franchise a été acquittée en tout ou en partie par le paiement de frais engagés au cours des 3 derniers mois d'une année civile, la franchise applicable à l'année suivante sera réduite du montant de la franchise déjà acquittée.

Remboursement : L'assureur rembourse un certain pourcentage des frais couverts qui ont été engagés au cours d'une année civile, après avoir déduit la franchise applicable à cette année-là, le cas échéant. Ce pourcentage est indiqué au Tableau sommaire.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

Maximum par personne assurée : Le maximum global que rembourse l'assureur pour la présente garantie est indiqué au Tableau sommaire.

Pour toute personne qui devient assurée plus de 31 jours après la date d'admissibilité, le remboursement de tous les frais dentaires est limité à 100 \$ par personne, jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 150 \$ par famille au cours des 12 premiers mois d'assurance.

Coordination des prestations : Les garanties du présent régime seront coordonnées avec toute prestation que la personne assurée reçoit ou pourrait recevoir en vertu de toute autre garantie. L'expression «garantie» désigne toute garantie qui prévoit des prestations pour soins, services ou fournitures en vertu :

- a) de tout régime d'assurance collective, individuelle, familiale, d'assurance voyage, d'assurance des débiteurs et des épargnants,
- b) de tout régime public prévoyant des prestations pour des soins similaires, et
- c) de tout régime d'avantages sociaux non assuré.

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.

Toutefois, l'exonération des primes se termine à la date de résiliation de la garantie ou du contrat.

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

ASSURANCE SOINS DENTAIRES (suite)

maladie complémentaire. Si l'assurance maladie complémentaire n'est pas convertie, le participant ne pourra convertir son assurance soins dentaires.

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

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

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

COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION

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

COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT

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

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

Pour les participants résidant au Québec

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

Pour les participants résidant à l'extérieur du Québec

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

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

COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT

Demandes de règlement pour les garanties d'Assurance salaire

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

Pour les participants résidant au Québec

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

Pour les participants résidant à l'extérieur du Québec

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

AVIS IMPORTANT

pour les personnes hospitalisées hors de leur province de résidence

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

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

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Police n° 100011186 établie par Solutions pour les marchés spéciaux, une division de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Modules A et B

En cas de blessure par suite d'un accident se produisant n'importe où dans le monde, et ce, 24 heures sur 24, que vous soyez au travail ou non, vous avez droit à un capital assuré de 1 fois le revenu annuel, porté au prochain multiple de 1 000,00 \$, s'il n'en est pas déjà un multiple, sous réserve d'un maximum sans preuve de bonne santé de 500 000,00 \$ et d'un maximum global de 1 000 000,00 \$. Les prestations sont réduites de moitié à votre 65^e anniversaire.

Module C

En cas de blessure par suite d'un accident se produisant n'importe où dans le monde, et ce, 24 heures sur 24, que vous soyez au travail ou non, vous avez droit à un capital assuré de 0,5 fois le revenu annuel, porté au prochain multiple de 1 000,00 \$, s'il n'en est pas déjà un multiple, sous réserve d'un maximum sans preuve de bonne santé de 500 000,00 \$ et d'un maximum global de 1 000 000,00 \$. Les prestations sont réduites de moitié à votre 65^e anniversaire.

Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles

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

Pour la perte :

% du capital assuré

de la vie.....	100%
des deux mains ou des deux pieds.....	100%
de la vue complète des deux yeux.....	100%
d'une main et d'un pied.....	100%
d'une main et de la vue complète d'un œil.....	100%
d'un pied et de la vue complète d'un œil.....	100%
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles.....	100%
d'un bras ou d'une jambe.....	75%
d'une main ou d'un pied.....	66 2/3%
de la vue complète d'un œil ou de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles.....	66 2/3%
du pouce et de l'index d'une main ou de quatre doigts d'une main.....	33 1/3%
de l'ouïe d'une oreille.....	33 1/3%
de tous les orteils d'un pied.....	25%
Quadriplégie (paralysie complète des membres supérieurs et inférieurs).....	200%
Paraplégie (paralysie complète des deux membres inférieurs).....	200%
Hémiplégie (paralysie complète des membres, supérieur et inférieur, d'un côté du corps).....	200%

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

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

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

Droit de transformation

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

Exonération des primes

Si une personne assurée est frappée d'invalidité totale et que sa demande d'exonération des primes est acceptée et approuvée en vertu du contrat d'assurance vie collective, la Compagnie renonce aux primes exigibles en vertu de la police jusqu'au décès, au rétablissement ou au 65^e anniversaire de l'intéressé, ou jusqu'à la date de résiliation de la police, selon ce qui se produit en premier.

Formation de reclassement du conjoint (15 000 \$)

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

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

Frais d'obsèques (5 000 \$)

Si une personne assurée décède des suites d'une blessure, un supplément sera versé pour les frais d'obsèques effectivement engagés.

Hospitalisation (2 500 \$)

Des indemnités quotidiennes sont versées à la personne assurée pour toute période d'hospitalisation jugée nécessaire pour le traitement d'une blessure entraînant un sinistre assuré en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles de la police, celle-ci étant alors en vigueur et sous réserve du montant mensuel maximum indiqué ci-dessus.

Toute période d'hospitalisation exigée pour le traitement d'une blessure autre que celles qui sont énumérées sous la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles sera assurée en vertu des dispositions ci-dessus, à condition que l'hospitalisation soit d'une durée d'au moins 4 jours.

Identification de la dépouille (10 000 \$)

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

Majoration pour port de ceinture de sécurité

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

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

Maladie grave (2 000 \$)

S'il a été établi par un médecin spécialiste qu'une personne assurée souffre d'une des maladies ou affections assurées en vertu de la présente garantie – celle-ci étant alors en vigueur - et que cette personne survit pendant au moins 30 jours suivant la date du diagnostic, tel que définit dans certaines maladies ou affections assurées, la Compagnie lui versera 2 000,00 \$, sous réserve de tous les termes et toutes les conditions du contrat. La date du diagnostic doit être postérieure à la date d'effet de cette assurance.

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

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

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

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

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

Maladie grave (2 000 \$) (suite)

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

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

Modifications et aménagements spéciaux apportés en milieu de travail (5 000 \$)

Si une personne assurée a besoin d'équipement spécial adapté et/ou de modifications afin d'accommoder son retour au travail actif à plein temps, la Compagnie paiera les dépenses à condition que le titulaire de police consente par écrit à apporter les modifications dans le milieu de travail aux fins de le rendre accessible et adapté aux besoins de ladite personne assurée; et que le titulaire de la police reconnaisse par écrit que le rendement de ladite personne assurée dans l'exécution des tâches essentielles de son emploi puisse être affecté.

Prestation de deuil (1 000 \$)

Si une personne assurée décède par suite d'une blessure, la Compagnie paiera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés par le conjoint et les enfants à charge pour un maximum de six rencontres de counselling pour les endeuillés avec un conseiller professionnel.

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

Prestations d'études supérieures (10 000 \$)

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

Prolongation d'assurance

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

Psychothérapie (5 000 \$)

Si une personne assurée subit une blessure ouvrant droit à des indemnités en vertu de la garantie « Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles » et pour laquelle elle a par la suite besoin d'une psychothérapie prescrite par un médecin, la Compagnie assume les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés à cet égard.

Rapatriement d'un défunt (15 000 \$)

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

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

Réadaptation (15 000 \$)

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

Services de garderie (5 000 \$)

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

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

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

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

Assurance aérienne limitée

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

- (a) tout aéronef muni d'un certificat de navigabilité valide et exploité par une personne ayant une licence de pilote en règle l'autorisant à piloter un tel aéronef, ou
- (b) tout type d'aéronef de transport employé par les Forces canadiennes ou par les services de transport analogues de toute autre autorité gouvernementale dûment constituée d'un état partout dans le monde, à condition que cet aéronef ne soit pas à l'essai ou ne serve pas alors à des fins expérimentales.

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

Cessation de l'assurance d'une personne assurée

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

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

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

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

Bénéficiaire

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

- Formation de reclassement du conjoint
- Frais d'obsèques supérieures
- Identification de la dépouille
- Modifications et aménagements spéciaux apportés en milieu de travail
- Transport d'un membre de la famille
- Prestation de deuil
- Prestations d'études
- Rapatriement d'un défunt
- Service de garderie

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

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

Bénéficiaire (suite)

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

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

NOTES