



# Votre régime d'assurance collective



**SOCIÉTÉ DES ALCOOLS DU QUÉBEC (SAQ) et  
SYNDICAT CANADIEN DE LA FONCTION PUBLIQUE,  
SECTION LOCALE 3535 (STSAQ)**

**Police n° Q246**

# **Votre régime d'assurance collective**

**SOCIÉTÉ DES ALCOOLS DU QUÉBEC (SAQ) et  
SYNDICAT CANADIEN DE LA FONCTION PUBLIQUE,  
SECTION LOCALE 3535 (STSAQ)**

**Police n° Q246**

**Date de prise d'effet du régime : 28 mars 2004**

**Cette version électronique de la brochure a été mise à jour le 1<sup>er</sup> octobre 2022. Veuillez prendre note que cette version électronique est mise à jour plus régulièrement que la version imprimée de votre brochure. Des divergences peuvent donc apparaître entre les deux documents.**

## TABLE DES MATIÈRES

COMPTES	1
TABLEAU DES GARANTIES	2
DÉFINITIONS	16
ADMISSIBILITÉ	21
PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE	23
MAINTIEN DES GARANTIES SANS PAIEMENT DE PRIME	25
CESSATION DE L'ASSURANCE	28
DEMANDES DE PRESTATIONS	31
ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT	35
ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE	39
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT	41
ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ADHÉRENT	43
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT	51
ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE	59
ASSURANCE FRAIS DENTAIRE	93
CENTRE D'APPELS	102
COMPTE DE DÉPENSES DE FRAIS DE SANTÉ (CDFS)	103
BON À SAVOIR	107

## COMPTES

<u>Compte</u>	<u>Nom du compte</u>
AQ246	SAQ et STSAQ (employés actifs)

## CATÉGORIES ET DESCRIPTION DES CATÉGORIES

<u>Catégorie</u>	<u>Description de la catégorie</u>
001	Employés actifs
004	Employés pré-retraités
005	Employés invalides recevant une rente de retraite

## TABLEAU DES GARANTIES

### DISPOSITIONS GÉNÉRALES

#### COMPTE AQ246

#### CATÉGORIES 001, 004 ET 005

**Adhésion :** Obligatoire

#### Conditions d'admissibilité

**Employés admissibles :** Employé titulaire.  
Employé non titulaire.  
Employés pré-retraités.

**Note :** Le statut de l'employé doit être reconnu en vertu de la convention collective.

**Délai d'admissibilité :** Employé titulaire : Aucun

Employé non titulaire : La période écoulée avant que l'employé rencontre les critères suivants à la date annuelle de renouvellement d'assurance, avoir complété un minimum de 3 années de service et avoir cumulé un minimum de 1 650 heures contributives au cours de chacune des 2 années financières précédentes.

#### Prolongation de l'assurance :

**Catégories 001, 004 et 005 :** Oui.

**Note :** voir section CESSATION DE L'ASSURANCE, Prolongation de l'assurance.

**Maintien des garanties  
sans paiement de  
prime :**

**Catégories 001 et 005 :**

Oui, pour les garanties ci-après listées :

- assurance vie de base de l'adhérent
- assurance vie de base des personnes à charge
- assurance mort et mutilation accidentelles de l'adhérent
- assurance vie facultative de l'adhérent
- assurance salaire de longue durée de l'adhérent
- assurance accident-maladie
- assurance frais dentaires

**Catégorie 004 :**

Oui, pour toutes les garanties, à l'exclusion de l'assurance salaire de longue durée de l'adhérent.

**Note :** Voir section MAINTIEN DES GARANTIES SANS PAIEMENT DE PRIME

**ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT**

**COMPTE AQ246**

**CATÉGORIES 001, 004 ET 005**

**Montant de l'assurance :** \* 1 fois le revenu annuel.

**Maximum sans preuves  
d'assurabilité :** Aucun

**\* Réduction du montant :** Au 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent, le montant applicable à l'adhérent sera réduit de 50 %.

**Fin de la garantie**

**Âge limite :** La date de la retraite de l'adhérent.

## **ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE**

### **COMPTE AQ246**

### **CATÉGORIES 001, 004 ET 005**

**Montant de l'assurance :**

Conjoint : 5 000 \$

Chaque enfant : 2 500 \$

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

24 heures après la naissance.

### **Fin de la garantie**

**Âge limite :**

Le 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de  
l'adhérent ou à la date de la retraite, selon  
la première éventualité.



**ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT**

**COMPTE AQ246**

**CATÉGORIES 001, 004 ET 005**

**Montant de l'assurance :**

Tout montant d'assurance par tranche de 10 000 \$ avec un minimum de 10 000 \$ et un maximum de 300 000 \$.

**Fin de la garantie**

**Âge limite :**

Le 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite, selon la première éventualité.

## **ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ADHÉRENT**

### **COMPTE AQ246**

### **CATÉGORIES 001, 004 ET 005**

**Montant de l'assurance :** \* 1 fois le revenu annuel.

**Maximum sans preuves  
d'assurabilité :** Aucun

**\* Réduction du montant :** Au 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent, le montant applicable à l'adhérent sera réduit de 50 %.

### **Fin de la garantie**

**Âge limite :** Le 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite, selon la première éventualité.

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

### **COMPTE AQ246**

### **CATÉGORIES 001 ET 005**

**Cessation de  
l'admissibilité :**

Le 64<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite, selon la première éventualité.

**Pourcentage et  
maximum des  
prestations :**

55 % du revenu mensuel, arrondi au prochain multiple de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un.

**Maximum sans preuves  
d'assurabilité :**

Aucun

**Délai de carence :**

Après une période de 5 jours ouvrables et par la suite, après l'expiration des 52 premières semaines de prestations d'assurance salaire de courte durée payables en vertu du régime non assuré de l'employeur.

**Durée maximale des  
prestations :**

Jusqu'à la fin du mois dans lequel l'adhérent atteint l'âge de 65 ans.

**Rajustement selon  
l'indice des rentes publié  
par la Régie des rentes  
du Québec :**

L'augmentation pour une année particulière ne peut excéder 3%. Première augmentation le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année qui suit le début du paiement des prestations.

**Imposition des  
prestations :**

Non imposables

### **Fin de la garantie**

**Âge limite :**

Le 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite, selon la première éventualité.

## **GARANTIE D'ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE**

### **COMPTE AQ246**

### **CATÉGORIES 001, 004 ET 005**

#### **Montant de la franchise**

**Médicaments :** Aucune

**Frais d'hospitalisation:** Aucune

**Assurance voyage :** Aucune

**Assurance annulation de voyage :** Aucune

**Lunettes, lentilles et chirurgie :** Aucune

**Lentilles cornéennes : (Conditions spéciales)** Aucune

**Pour tous les autres frais :** Aucune

**Carte de paiement pour les médicaments :** Direct

#### **Pourcentage de remboursement**

- Médicaments :**
- 1) Médicaments génériques : 80 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché
  - 2) Médicaments de marque :
    - 80 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché
    - 80 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché

**Frais d'hospitalisation :** 100 %

**Assurance voyage :** 100 %

**Malade dirigé :** 100 %

**Assurance annulation de voyage :** 100 %

**Psychologue,  
psychiatre,  
psychanalyste,  
conseiller en orientation  
et travailleur social :** 50 %

**Pour tous les autres  
frais :** 90 %

**Lunettes, lentilles et  
chirurgie**

**Lunettes, lentilles  
cornéennes et chirurgie :** 80 %

**Lentilles cornéennes :  
(Conditions spéciales)** 80 %

**Limite des frais  
admissibles**

**Médicaments :** Frais usuels et raisonnables

**Frais d'hospitalisation  
de courte durée :** Le coût d'une chambre à deux lits (semi-privée) pour chaque jour d'hospitalisation, sans limite quant au nombre de jours.

**Frais d'hospitalisation  
de longue durée dans un  
hôpital de  
convalescence ou de  
réadaptation :** Montant payable de 25 \$ par jour.

**Frais admissibles hors de la province de résidence, malade dirigé :**

Les frais engagés hors de la province de résidence, mais au Canada : aucun maximum.

Les frais engagés hors du Canada : jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$ de frais payables par année civile, par personne assurée.

**Soins infirmiers :**

Montant payable de 25 000 \$ par année civile par personne assurée.

**Services paramédicaux :**

**Services ne nécessitant pas de recommandation médicale**

- Acupuncteur
- Homéopathe
- Masseur
- Massothérapeute
- Naturopathe
- Ostéopathe
- Podiatre
  
- Chiropraticien

Montant admissible de 39 \$ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant maximal payable de 600 \$ par année civile par personne assurée.

Le maximum indiqué s'applique à l'ensemble des spécialistes.

Visite : montant admissible de 30 \$ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant maximal payable de 600 \$ par année civile par personne assurée, combiné avec le maximum prévu pour technique d'imagerie ci-dessous.

Technique d'imagerie : à raison d'un montant payable de 35 \$ jusqu'à concurrence de 2 radiographies par année civile par personne assurée, combiné avec le maximum annuel prévu ci-dessus pour les services d'un chiropraticien.

- Psychologue ou psychiatre ou psychanalyste ou conseiller en orientation ou travailleur social

Montant payable de 1 000 \$, par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes.

- Audiologiste
- Ergothérapeute
- Orthophoniste
- Physiothérapeute

Les frais usuels et raisonnables.

**Lunettes, lentilles  
cornéennes et chirurgie :**

Montant admissible de 160 \$ par personne assurée par période de 24 mois consécutifs

**Lentilles cornéennes :  
(Conditions spéciales)**

Une seule paire et jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 200 \$ par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs.

**Fin de la garantie**

**Âge limite :**

La date de la retraite.

## ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

### COMPTE AQ246

### CATÉGORIES 001, 004 ET 005

#### Année du guide des tarifs dentaires :

Année courante moins un an.

#### Montant de la franchise :

Aucune

#### Pourcentage de remboursement

#### **Soins de prévention et diagnostic :**

100 %

#### **Soins de base :**

80 %

- Restaurations mineures
- Endodontie
- Parodontie
- Chirurgie buccale

#### **Services majeurs :**

80 % pour les frais d'entretien de prothèses ou de ponts fixes

50 % pour les frais de prothèses, de couronnes etc.

**Note :** voir section ASSURANCE FRAIS DENTAIRES – Soins majeurs

#### Montant maximum payable

#### **Maximum de remboursement :**

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

#### Limitations :

Les restaurations en composite qui sont effectuées sur des dents postérieures (prémolaires et molaires) sont limitées à un remboursement de 50 %.



**Carte de paiement :**

Oui

**Fin de la garantie**

**Âge limite :**

Le 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite, selon la première éventualité.

## **COMPTE DE DÉPENSES DE FRAIS DE SANTÉ (CDFS)**

Ce CDFS est autofinancé par **SOCIÉTÉ DES ALCOOLS DU QUÉBEC (SAQ) ET SYNDICAT CANADIEN DE LA FONCTION PUBLIQUE, SECTION LOCALE 3535 (STSAQ)** pour ses employés et est administré par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

### **CATÉGORIES 001, 004 ET 005**

**Montant de crédit alloué :**

Le montant de crédit alloué par employé, par année de régime est selon son statut :

- Exempté : 0 \$
- Individuel : 200 \$
- Familial : 400 \$

**Année de régime du Compte de dépenses de frais de santé :**

Année de régime initiale : du 21 mai 2017 au 31 mai 2018.

Années de régime subséquentes : du 1<sup>er</sup> juin au 31 mai.

## DÉFINITIONS

Dans le cadre du contrat :

Accident désigne toute atteinte corporelle constatée par un médecin et provenant directement et indépendamment de toute autre cause, de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure. Cette définition exclut toute forme de maladie ou de processus dégénératif, ou une hernie inguinale, fémorale, ombilicale ou abdominale, toute infection autre qu'une infection provenant d'une coupure ou d'une blessure apparente et externe, subie par accident.

Adhérent désigne tout employé qui est admissible à l'assurance et y a adhéré et dont l'assurance a pris effet.

Âge désigne l'âge atteint au dernier anniversaire de l'adhérent au moment où il est déclaré ou calculé, ou le jour où un événement prévu au contrat se produit.

Année de régime CDFS signifie la période allant du 1<sup>er</sup> juin au 31 mai de toute année civile.

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

CDFS signifie le régime autofinancé offert par l'employeur et en vertu duquel certaines dépenses reliées aux soins de santé peuvent être remboursées à l'employé et à ses personnes à charge admissibles, tel qu'il est décrit dans le présent document.

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

Convention collective désigne convention collective intervenue entre l'employeur et le Syndicat.

Conjoint désigne toute personne admissible qui réside au Canada et qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations :

- 1) est légalement mariée ou unie civilement à un adhérent;
- 2) vit conjugalement avec l'adhérent depuis au moins 12 mois et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union;
- 3) vit conjugalement avec l'adhérent, a eu un enfant avec lui et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union.

En présence de deux conjoints, un seul sera reconnu par l'assureur pour toutes les garanties d'un même régime. La priorité sera accordée dans l'ordre suivant :

- 1) le conjoint admissible qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'adhérent à l'assureur, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu du contrat;
- 2) le conjoint à qui l'adhérent est uni légalement par les liens du mariage ou civilement.

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

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

Employé désigne la personne qui réside au Canada,

- 1) qui est au service de l'employeur, selon le nombre minimum d'heures établi par ce dernier, en conformité avec la convention collective; et
- 2) dont le statut est reconnu en vertu de la convention collective; et
- 3) dont la description répond à ce qui indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Toutefois, si un employé est domicilié en dehors du Canada, cet employé peut être considéré comme étant domicilié au Canada à condition que l'assureur ait donné préalablement son approbation par écrit.

Un employé totalement invalide au moment où l'employeur a mis fin au lien d'emploi est également admissible.

Employeur désigne la SOCIÉTÉ DES ALCOOLS DU QUÉBEC (SAQ).

Enfant à charge désigne l'enfant qui :

- 1) a moins de 21 ans et à l'égard duquel l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exerce une autorité parentale ou exerçait une autorité parentale jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de la majorité;
- 2) n'a pas de conjoint, a moins de 26 ans, fréquente à temps plein, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard duquel l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exercerait l'autorité parentale s'il était mineur;

- 3) est majeur, sans conjoint et atteint d'une déficience fonctionnelle qui est survenue lorsque l'état de cette personne correspondait à l'une ou l'autre des définitions données dans les paragraphes 1) ou 2) ci-dessus. De plus, pour être considérée comme une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, la personne doit être domiciliée chez une personne qui, en plus d'être assurée à titre d'adhérent ou de conjoint d'un adhérent, exercerait l'autorité parentale sur la personne déficiente si elle était mineure.

Il est entendu que la déficience fonctionnelle sera définie selon ce qui est prévu par le règlement d'application de toute loi provinciale, le cas échéant.

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

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

Hôpital désigne tout hôpital ou centre hospitalier que la loi reconnaît comme tel, qui assure principalement la fonction de soigner les personnes malades ou blessées, qui est doté d'installations permettant l'établissement de diagnostics et la réalisation d'opérations chirurgicales majeures et qui dispense des soins infirmiers 24 heures sur 24. Les maisons de santé, les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les maisons de repos, les maisons de convalescence ou les établissements qui dispensent des soins aux alcooliques ou aux toxicomanes ne sont pas compris.

Invalidité totale ou totalement invalide désigne

- 1) pendant le délai de carence prévu dans la garantie d'assurance salaire de longue durée et les 24 mois qui suivent :  
  
un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent d'accomplir toutes les tâches habituelles de sa fonction principale, sans exception;
- 2) après l'écoulement du délai de carence et des 24 mois qui suivent :  
  
un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent de se livrer à tout travail :
  - a) lui permettant de toucher au moins 60 % du revenu brut qu'il recevait au début de son invalidité;
  - b) pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation et de son expérience.

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

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

Loi de l'impôt sur le revenu signifie la loi fédérale de l'impôt sur le revenu et toutes les directives et bulletins d'interprétation de l'Agence du revenu du Canada (ARC).

Maladie désigne toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. Pour les besoins de la police, les dons d'organes et leurs complications et toute complication résultant de la grossesse sont également considérés comme des maladies.

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

Période comptable désigne chacune des 13 périodes de 28 jours consécutifs (occasionnellement 35 jours) comprises dans l'exercice financier de la SAQ.

Période de facturation désigne chacune des périodes de 28 jours consécutifs pour laquelle une facture sera émise par la SAQ.

Personne à charge désigne le conjoint ou un enfant à charge qui réside au Canada. Toutefois, si une personne à charge réside en dehors du Canada, cette dernière peut être considérée comme résidant au Canada à condition qu'elle soit couverte en vertu d'un régime provincial de soins médicaux et que l'assureur ait donné préalablement son autorisation par écrit.

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

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

Pré-retraité désigne toute personne ayant cessée de travailler mais qui continue à recevoir des montants de l'employeur pour du temps accumulé.

Régime CDFS signifie le Compte de dépenses de frais de santé (CDFS) de SOCIÉTÉ DES ALCOOLS DU QUÉBEC (SAQ) ET SYNDICAT CANADIEN DE LA FONCTION PUBLIQUE, SECTION LOCALE 3535 (STSAQ).

Retraité désigne toute personne qui est admise à la retraite conformément aux exigences de l'employeur et de la convention collective.

Revenu brut désigne le taux horaire prévu à la convention collective selon l'occupation de l'employé, de façon permanente, à la date du décès, ou de la date où commence le paiement de la prestation du régime d'assurance salaire de l'employeur, multiplié par le nombre d'heures régulières, selon l'horaire de travail prévu à la convention collective pour une période de 52,18 semaines.

Revenu mensuel net désigne le revenu brut de l'adhérent moins tous les impôts sur le revenu (fédéral et provincial), les cotisations au Régime de rentes du Québec, les cotisations à l'assurance emploi prélevés sur le salaire, les cotisations déboursées au régime de retraite des employés du Gouvernement et des organismes publics (RREGOP), s'il y a lieu, et les cotisations déboursées au régime de retraite des fonctionnaires (RRF), selon le statut fiscal réel au début de l'invalidité.

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

Syndicat désigne le SYNDICAT CANADIEN DE LA FONCTION PUBLIQUE, SECTION LOCALE 3535 (STSAQ).

## **ADMISSIBILITÉ**

### **ADMISSIBILITÉ DES EMPLOYÉS**

Un employé devient admissible à l'assurance :

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

Un employé dont l'assurance en vertu du contrat a pris fin par suite de cessation d'emploi (à l'exclusion d'une mise à pied) et qui est réengagé par l'employeur dans les 6 mois suivant immédiatement la cessation de son assurance a droit de faire remettre son assurance en vigueur à compter de la date à laquelle il retourne au travail, pourvu que la demande de remise en vigueur soit faite à l'assureur dans les 90 jours suivant cette date d'admissibilité.

### **ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE**

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

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

### **DEMANDE D'ADHÉSION**

Tout adhérent admissible à l'assurance doit remplir pour lui-même et ses personnes à charge, s'il y a lieu, une demande d'adhésion ou une demande d'exemption dans les 90 jours qui suivent la date à laquelle il y devient admissible.

### **DROIT D'EXEMPTION**

Un adhérent peut refuser d'être couvert en vertu de la garantie d'assurance accident-maladie ou en vertu de la garantie d'assurance frais dentaires, si elle fait partie du contrat, s'il est couvert à titre de personne à charge en vertu du contrat ou d'un autre régime d'assurance collective semblable. Toutefois, si l'on met fin à l'autre régime ou si le conjoint cesse de faire partie d'une catégorie admissible, l'adhérent peut, à compter de la date de cette cessation, être couvert en vertu de la garantie d'assurance à laquelle il avait auparavant choisi de ne pas participer, pourvu qu'une demande en ce sens soit faite par écrit dans les 90 jours suivant cette date d'admissibilité.

Si la demande est reçue plus de 90 jours après cette date d'admissibilité à l'assurance la garantie d'assurance accident-maladie prendra effet à la date à laquelle l'adhérent signe la demande et aucune preuve d'assurabilité ne sera exigée.



Si la demande est reçue plus de 90 jours après cette date d'admissibilité à l'assurance la garantie d'assurance frais dentaires prendra effet à la date à laquelle l'adhérent signe la demande et les preuves d'assurabilité sont remplacées par une limitation des prestations, décrite dans la partie RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS de la garantie d'assurance frais dentaires.

## **PERSONNE ASSURÉE DE 65 ANS ET PLUS**

Toute personne de 65 ans et plus est assurée d'office par le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments en ce qui concerne les médicaments et autres produits apparaissant sur la liste de ce régime. Les personnes qui désirent maintenir en vigueur la garantie d'assurance accident-maladie prévue par le contrat après leur 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance doivent en faire la demande préalablement par écrit à l'assureur, qui déterminera alors le montant de la prime nécessaire pour les assurer. S'il s'agit de maintenir en vigueur l'assurance du conjoint, l'adhérent doit joindre à sa demande une autorisation du conjoint. Toutefois, aucune personne à charge ne peut demeurer assurée en vertu de la garantie d'assurance accident-maladie si l'adhérent ne le demeure pas lui-même.

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

## **PREUVES D'ASSURABILITÉ**

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

## **PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE**

### **PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE DES ADHÉRENTS**

L'assurance de tout employé prend effet à la dernière des dates suivantes, pourvu qu'il soit effectivement au travail à cette date :

- 1) la date de prise d'effet du contrat;
- 2) la date à laquelle il devient admissible à l'assurance, pourvu que l'assureur reçoive sa demande écrite, remplie selon les exigences de l'assureur, dans les 180 jours suivant la date d'admissibilité;
- 3) la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité de l'employé s'il reçoit la demande d'assurance de l'employé plus de 180 jours après la date d'admissibilité, sauf dans le cas de la garantie d'ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE, qui prend effet à la date à laquelle l'employé signe sa demande écrite, remplie selon les exigences de l'assureur.

Si l'employé n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle son assurance prendrait normalement effet, son assurance débute le premier jour où il reprend effectivement le travail.

Si l'employé n'est pas effectivement au travail à cette date uniquement parce qu'il est en congé payé ou parce que c'est un jour férié, il est considéré comme étant effectivement au travail à cette date.

Si un adhérent demande un montant d'assurance qui excède le montant maximum que l'assureur accorde sans preuves d'assurabilité indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, ce montant d'assurance excédentaire prendra effet à la dernière des dates décrites ci-dessus ou à la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité de l'adhérent selon la dernière des éventualités.

Dans le cas de la garantie d'ASSURANCE FRAIS DENTAIRE, si elle fait partie du contrat, pour tout employé dont l'assurance entre en vigueur plus de 31 jours suivant sa date d'admissibilité à l'assurance, les preuves d'assurabilité sont remplacées par une limitation des prestations décrite dans l'article RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS de la garantie d'ASSURANCE FRAIS DENTAIRE.

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

L'assurance des personnes à charge de l'adhérent prend effet à la dernière des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'assurance de l'adhérent prend effet en vertu du contrat;
- 2) la date à laquelle l'adhérent assuré en vertu du contrat devient admissible à l'assurance des personnes à charge, pourvu qu'une demande soit soumise par écrit dans les 90 jours suivant cette date d'admissibilité;

- 3) la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité des personnes à charge, si l'adhérent doit fournir des preuves d'assurabilité parce qu'il n'a pas soumis sa demande d'assurance dans les 90 jours suivant la date à laquelle il est devenu admissible à l'assurance;
- 4) la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité des personnes à charge, si l'adhérent soumet une demande d'assurance des personnes à charge plus de 90 jours après être devenu admissible pour la première fois à l'assurance des personnes à charge.

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

Si une personne à charge (autre qu'un nouveau-né) est hospitalisée à la date à laquelle son assurance prendrait normalement effet, son assurance ne prend effet que le premier jour suivant immédiatement sa sortie de l'hôpital. L'obligation pour une personne à charge de ne pas être hospitalisée ne s'applique toutefois pas à la garantie d'assurance accident-maladie.

### **MODIFICATION DU MONTANT DE L'ASSURANCE ET DE LA GARANTIE**

Toute modification apportée au montant d'assurance ou à une garantie prend effet à la dernière des dates suivantes, pourvu que l'adhérent soit effectivement au travail à cette date :

- 1) la date à laquelle l'adhérent devient admissible pour la première fois à une telle modification, pourvu qu'une demande écrite soit reçue par l'assureur au plus tard à cette date;
- 2) la date à laquelle l'assureur approuve l'assurabilité de l'adhérent :
  - a) si le nouveau montant d'assurance découlant de la modification demandée excède le montant maximum que l'assureur accorde sans preuves d'assurabilité et qui est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, ou
  - b) si la demande de modification est reçue plus de 31 jours après la date de son admissibilité à cette modification.

Si l'adhérent n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle son assurance serait normalement modifiée, l'assurance est modifiée le premier jour où il reprend effectivement le travail.

Si l'adhérent n'est pas effectivement au travail à cette date uniquement parce qu'il est en congé payé ou parce que c'est un jour férié, il est considéré comme étant effectivement au travail à cette date.

## MAINTIEN DES GARANTIES SANS PAIEMENT DE PRIME

### LISTE DES GARANTIES D'ASSURANCE FAISANT L'OBJET D'UN MAINTIEN DE GARANTIE SANS PAIEMENT DE PRIME DANS LE CAS D'UNE INVALIDITÉ TOTALE

- Assurance vie de base de l'adhérent
- Assurance vie de base des personnes à charge
- Assurance vie facultative de l'adhérent
- Assurance mort et mutilation accidentelles de l'adhérent
- Assurance salaire de longue durée de l'adhérent
- Assurance accident-maladie
- Assurance frais dentaires

### MAINTIEN DES GARANTIES SANS PAIEMENT DE PRIME

#### 1) **maintien des garanties sans paiement de prime pour les invalidités de moins de 6 mois**

##### a) Début du maintien des garanties sans paiement de prime

Pour les garanties identifiées ci-dessus, le maintien des garanties sans paiement de prime est la responsabilité du preneur et aucune prime n'est payable pour tout adhérent qui devient totalement invalide et ce à compter du 1<sup>er</sup> jour de la période comptable établie par le preneur qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle l'adhérent est admissible à recevoir des prestations ainsi qu'il est indiqué ci-après :

- i) des prestations d'assurance salaire de l'employeur;
- ii) de toute indemnité de remplacement de revenu touchée par l'adhérent en vertu de toute autre loi fédérale ou provinciale;
- iii) de tout régime public d'assurance automobile destiné à procurer des prestations pour perte de salaire;
- iv) de la garantie d'assurance salaire de longue durée de l'adhérent.

##### b) Fin du maintien des garanties sans paiement de prime par le preneur

Le maintien des garanties sans paiement de prime pour les garanties identifiées ci-dessus prend fin si après une période de 5 jours ouvrables et par la suite, après l'expiration des 52 premières semaines de prestations d'assurance salaire de courte durée payables en vertu du régime non assuré de l'employeur, l'adhérent ne répond pas à la définition d'invalidité totale et que la demande de prestations en vertu de la garantie d'assurance salaire de longue durée de l'adhérent ainsi que le maintien des garanties sans paiement de prime sont refusés par l'assureur.

2) **maintien des garanties sans paiement de prime pour les invalidités de 6 mois et plus**

a) Début du maintien des garanties sans paiement de prime

Pour les garanties identifiées ci-dessus aucune prime n'est payable pour tout adhérent qui devient totalement invalide pendant qu'il est couvert en vertu du contrat et qui présente à l'assureur une demande pour le paiement des indemnités en vertu de la police d'assurance salaire de longue durée attestant, à la satisfaction de l'assureur, que l'invalidité totale existe et a duré sans interruption depuis au moins 6 mois et que cette demande est acceptée par l'assureur. Le maintien des garanties sans paiement de prime est la responsabilité de l'assureur à compter du premier jour du mois qui suit les 6 premiers mois d'invalidité totale et se poursuit aussi longtemps que dure l'invalidité totale de l'adhérent.

b) Fin du maintien des garanties sans paiement de prime par l'assureur

Le maintien des garanties sans paiement de prime prend fin à la plus hâtive des dates suivantes :

- i) la date à laquelle l'adhérent est incapable ou refuse, dans un délai de trois mois suivant la date de la demande de l'assureur, de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de son invalidité totale;
- ii) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
- iii) pour la garantie d'assurance vie, la date à laquelle l'adhérent transforme son assurance en vertu de la disposition relative au DROIT DE TRANSFORMATION;
- iv) la date à laquelle l'adhérent atteint 65 ans;
- v) pour les garanties identifiées dans la partie MAINTIEN DES GARANTIES SANS PAIEMENT DE PRIME au TABLEAU DES GARANTIES, la date de la fin de chacune des garanties ou la date de résiliation du contrat en plus des dates susmentionnées, sauf pour les garanties d'assurance vie de base de l'adhérent, d'assurance vie des personnes à charge et d'assurance salaire de longue durée.

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

4) Si une récurrence d'invalidité survient dans les six mois suivant la fin d'une période antérieure d'invalidité totale qui a donné lieu à un maintien des garanties sans paiement de prime en vertu du contrat, cette récurrence est considérée comme étant une prolongation de la période antérieure si elle est due aux mêmes causes ou à des causes connexes.

- 5) Dans le cas de la garantie d'assurance vie, si un adhérent totalement invalide décède plus de 31 jours après la date de cessation de son assurance et avant d'avoir atteint l'âge de 65 ans et que l'assureur n'a reçu aucun avis écrit ni aucune attestation d'invalidité totale pour cet adhérent, le montant d'assurance vie indiqué au TABLEAU DES GARANTIES en vigueur lors de la cessation de son assurance est payable, pourvu que :
- a) l'invalidité totale de l'adhérent soit survenue pendant qu'il était couvert en vertu du contrat;
  - b) l'invalidité totale de l'adhérent ait été ininterrompue à compter de la date du début de son invalidité totale jusqu'à celle de son décès;
  - c) le décès de l'adhérent survienne dans les 12 mois suivant la date du début de son invalidité totale;
  - d) l'adhérent n'ait pas transformé une partie ou la totalité de son assurance en vertu de la disposition relative au DROIT DE TRANSFORMATION au moment où son assurance a pris fin et que;
  - e) l'assureur reçoive une attestation satisfaisante d'invalidité totale et une attestation du décès de l'adhérent dans les 90 jours suivant la date du décès.
- 6) Afin d'être exonéré du paiement de ses primes en vertu de la disposition relative au MAINTIEN DES GARANTIES SANS PAIEMENT DE PRIME, l'adhérent doit fournir un avis écrit attestant de son invalidité totale. L'assureur doit recevoir cet avis dans les 12 mois suivant la date à laquelle l'adhérent devient totalement invalide ainsi qu'une attestation d'invalidité totale satisfaisante dans les 15 mois suivant la date du début de l'invalidité totale.
- 7) Dans le cas d'une récurrence d'invalidité totale, l'assureur doit recevoir un avis écrit et une attestation d'invalidité dans les 15 mois suivant la date du début de cette récurrence.
- 8) Les primes sont payables d'avance à l'assureur par le preneur au siège social de l'assureur à chaque date d'échéance de la prime. La prime à remettre à chaque date d'échéance de la prime est constituée du total des primes exigibles pour chaque adhérent à cette date, selon les taux établis par l'assureur.

## **CESSATION DE L'ASSURANCE**

### **CESSATION DE L'ASSURANCE DES ADHÉRENTS**

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

- 1) la date à laquelle il n'est plus considéré être un employé conformément à la définition en vertu du contrat;
- 2) la date à laquelle il cesse de faire partie d'une catégorie d'employés admissibles à l'assurance;
- 3) la date à laquelle il atteint l'âge limite indiqué au TABLEAU DES GARANTIES;
- 4) la fin de la période pendant laquelle les primes requises ont été versées en son nom;
- 5) la date de la retraite;
- 6) la date à laquelle il cesse d'être effectivement au travail;
- 7) la date de résiliation du contrat;
- 8) pour un employé invalide qui a un lien d'emploi ancien avec l'employeur, la date à laquelle il n'est plus totalement invalide ou la date à laquelle il devient admissible à un autre régime privé d'assurance collective.

### **CESSATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE**

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

- 1) la date de cessation de l'assurance de cet adhérent;
- 2) la date à laquelle l'adhérent cesse d'avoir des personnes à sa charge;
- 3) la fin de la période pendant laquelle les primes requises pour l'assurance des personnes à charge ont été versées au nom de l'adhérent;
- 4) la date de cessation de l'assurance des personnes à charge en vertu du contrat.

L'assurance de toute personne à charge de l'adhérent prend fin à la date à laquelle celle-ci n'est plus une personne à charge selon la définition du contrat.

## **PROLONGATION DE L'ASSURANCE**

### **1) Maladie, blessure ou accident de travail**

Si un adhérent cesse d'être effectivement au travail par suite d'une maladie, d'une blessure ou d'un accident de travail, cet adhérent est considéré comme étant effectivement au travail et sa couverture d'assurance sera maintenue en vigueur jusqu'à la date du premier des événements à survenir parmi ceux indiquées à la partie CESSATION DE L'ASSURANCE DES ADHÉRENTS de la présente section.

### **2) Mise à pied temporaire ou congé autorisé**

Si un adhérent cesse d'être effectivement au travail par suite d'un congé autorisé ou d'une mise à pied temporaire, cet adhérent est considéré comme étant effectivement au travail. L'adhérent a le choix de maintenir en vigueur la garantie d'assurance accident-maladie ou l'ensemble des garanties pour lesquelles il est couvert avant le début du congé autorisé ou de la mise à pied temporaire, en autant que l'ancienneté de l'adhérent est maintenue en vigueur en vertu de la convention collective et que les primes continuent à être versées.

### **3) Congé de maternité**

L'adhérent qui cesse d'être effectivement au travail par suite d'un congé de maternité demeure assuré pour les garanties autres que la garantie d'assurance salaire de longue durée et le preneur doit verser les primes pour cet adhérent. L'assurance ne peut toutefois pas être maintenue en vigueur au-delà de 20 semaines de la date du début du congé.

En ce qui concerne la garantie d'assurance salaire longue durée, si l'adhérent décide de demeurer assuré en vertu de cette garantie, il doit maintenir ce choix pendant toute la durée de son absence. L'assureur doit être informé de la date prévue de retour au travail avant le début du congé. Si par contre l'adhérent choisit de ne pas demeurer assuré en vertu de la garantie d'assurance salaire de longue durée, cette dernière sera remise en vigueur sans preuves d'assurabilité à compter de la date où il revient effectivement au travail, à la condition que l'assureur en soit informé dans les 90 jours suivant la date de son retour effectif, à défaut de quoi une preuve d'assurabilité est exigée.



4) **Absences et congés pour raisons familiales ou parentales**

L'adhérent qui cesse d'être effectivement au travail par suite d'une absence ou d'un congé pour raisons familiales ou parentales, tel que prévu à la *Loi sur les normes du travail*, peut demeurer assuré pour la garantie qu'il détient immédiatement avant le début de l'absence ou du congé. Il doit exercer son choix et en informer l'assureur avant le début de l'absence ou du congé. Si l'adhérent décide de demeurer assuré, il doit maintenir toutes les garanties en vigueur immédiatement avant le début de l'absence ou du congé pendant toute la durée de son absence ou de son congé et les primes, dont l'employeur assume sa part habituelle, le cas échéant, doivent être payées. L'assurance ne peut pas être maintenue en vigueur au-delà de 104 semaines. La garantie qu'il détenait immédiatement avant le début de l'absence ou du congé sera remise en vigueur sans preuves d'assurabilité à compter de la date où il revient effectivement au travail, à la condition que l'assureur en soit informé dans les 90 jours suivant la date de son retour effectif, à défaut de quoi une preuve d'assurabilité est exigée.

5) **Grève ou lock-out**

Si un adhérent cesse d'être effectivement au travail par suite d'une grève ou d'un lock-out, cet adhérent est considéré comme étant effectivement au travail. L'adhérent a le choix de maintenir en vigueur la garantie d'assurance accident-maladie ou l'ensemble des garanties pour lesquelles il est couvert avant le début d'une grève ou d'un lock-out. La couverture choisie sera maintenue en vigueur pendant la durée du conflit et les primes seront payées par l'employeur. Le Comité Paritaire des assurances se rencontrera après le conflit pour déterminer les modalités d'étalement du remboursement de la participation des employés.

6) **Congédiement**

Si un adhérent cesse d'être effectivement au travail par suite d'un congédiement, la couverture pour l'ensemble des garanties sera maintenue en vigueur jusqu'à ce qu'une décision arbitrale soit rendue et que les primes soient payées.

7) **Obligation légale dans le cas d'une cessation d'assurance**

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

## DEMANDES DE PRESTATIONS

### DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

L'assureur doit recevoir une déclaration et des preuves de sinistre dans le délai prévu, s'il en est, pour chaque garantie. Advenant la résiliation du contrat, l'assureur n'effectuera aucun versement de prestations à moins que la déclaration et les preuves des pertes subies ne lui soient soumises dans les 12 mois suivant la date de résiliation du contrat.

Le défaut de transmettre la demande de prestations ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus n'empêche pas le paiement de toute prestation pourvu que la demande, les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, aucune prestation ne sera versée si la demande de prestations, les preuves et les renseignements fournis sont transmis plus

- 1) de 5 ans après la date de l'événement donnant lieu à la prestation, s'il s'agit de l'assurance vie de base de l'adhérent, de l'assurance vie de base des personnes à charge et de l'assurance vie facultative de l'adhérent;
- 2) de 6 mois après la date de l'événement donnant lieu à la prestation, s'il s'agit de l'assurance mort et mutilation accidentelles de l'adhérent;
- 3) de 90 jours après la date de l'événement donnant lieu à la prestation, s'il s'agit de l'assurance salaire de longue durée de l'adhérent, de l'assurance accident-maladie et de l'assurance frais dentaires.

Toute action en justice engagée contre l'assureur pour recouvrer des sommes payables en vertu du présent contrat est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée au cours du délai fixé par la loi sur les assurances ou toute autre loi applicable dans la province de résidence de l'adhérent.

### BÉNÉFICIAIRE

L'assureur reconnaît le ou les bénéficiaires désignés par l'adhérent en vertu du régime d'assurance collective de l'employeur immédiatement avant la date de prise d'effet de la police, sauf si l'assureur demande une nouvelle désignation de bénéficiaire.

Sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérent peut désigner ou révoquer en tout temps un ou des bénéficiaires de sa couverture. Seules les garanties qui prévoient des prestations en cas de décès de l'adhérent sont sujettes à la désignation de bénéficiaire(s) qui est alors la même pour l'ensemble de ces garanties. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier. En l'absence d'un bénéficiaire désigné, les sommes payables sont versées selon les lois applicables.

Les sommes payables au décès d'une personne à charge sont versées à l'adhérent, s'il est vivant. Si l'adhérent est décédé, elles sont versées selon les lois applicables.

L'assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou révocation de bénéficiaire.

## **RÈGLEMENT DES PRESTATIONS**

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

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

Le bénéficiaire ou l'adhérent doit fournir à l'assureur, au cours de la période de 5 ans qui suit la date du décès, des preuves de décès y compris un rapport médical et des preuves de l'âge et du salaire de l'adhérent ou de la personne à charge assurée ainsi que tout autre renseignement jugé utile.

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

## **EXAMENS MÉDICAUX**

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

## **COORDINATION DES PRESTATIONS**

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

Dans le cadre de la présente disposition, régime désigne le contrat et tout régime fournissant des prestations ou des services en vertu :

- 1) d'une assurance collective autre que celle du contrat, d'une assurance familiale ou d'une assurance collective des créanciers;
- 2) d'un régime collectif de services ou de toute autre assurance collective à paiement d'avance;

- 3) des régimes fiduciaires employeur-employé, des régimes syndicaux de bien-être, des régimes d'organismes patronaux ou des régimes d'organismes d'avantages sociaux; et
- 4) des programmes gouvernementaux ou de toute assurance requise ou fournie par une loi, y compris une loi sur l'assurance automobile sans égard à la responsabilité ou une loi sur les accidents du travail.

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

### ORDRE À SUIVRE DANS L'ÉTABLISSEMENT DES PRESTATIONS

Le paiement des prestations est déterminé de la manière suivante :

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

La priorité sera donnée au régime en vertu duquel la personne peut recevoir les prestations comme suit :

- a) autre que comme personne à charge; la priorité sera accordée au régime auquel l'adhérent est assuré à titre
  - i) d'employé travaillant à temps plein;
  - ii) d'employé travaillant à temps partiel;
  - iii) de retraité.

Si l'adhérent travaille à temps partiel pour plus d'un preneur, la priorité sera donnée au régime du preneur pour lequel l'adhérent fait le plus grand nombre d'heures par semaine.
- b) comme conjoint, ou

- c) comme enfant à charge; la priorité sera accordée comme suit :
  - i) le régime du parent dont la date de naissance survient la première au cours de l'année civile;
  - ii) le régime du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet;
- d) comme enfant à charge de parents séparés ou divorcés; la priorité sera accordée comme suit :
  - i) le régime du parent ayant la garde de l'enfant;
  - ii) le régime du conjoint ayant la garde de l'enfant;
  - iii) le régime du parent n'ayant pas la garde de l'enfant;
  - iv) le régime du conjoint du parent n'ayant pas la garde de l'enfant.

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

## ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

### PREUVES D'ASSURABILITÉ

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

### OBJET DE LA GARANTIE

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

### PAIEMENT ANTICIPÉ

Sur acceptation de l'assureur, tout adhérent totalement invalide dont l'espérance de vie est de moins de 24 mois peut obtenir le paiement d'une partie du montant d'assurance vie de base payable à son décès, sous réserve des conditions suivantes :

- 1) l'assureur peut exiger que l'adhérent soit examiné par un médecin désigné par l'assureur;
- 2) l'adhérent totalement invalide doit obtenir l'approbation de l'assureur en vue de l'obtention d'un maintien des garanties sans paiement de prime en vertu de la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent du contrat;
- 3) le preneur doit donner son accord au préalable avant que tout versement puisse être effectué.

Le paiement anticipé est toutefois limité à 50 % du montant d'assurance vie de base indiqué au TABLEAU DES GARANTIES. De plus, ce montant ne peut être inférieur à 5 000 \$ ou excéder 100 000 \$.

Lors du décès de l'adhérent, le montant payable en vertu de la présente garantie est réduit du montant correspondant à la valeur du paiement anticipé.

Le preneur demeure responsable du versement de la prime de tout adhérent ayant bénéficié d'un versement anticipé à moins que l'adhérent ne soit exonéré du paiement des primes.

Valeur du paiement anticipé désigne le total des versements effectués en vertu du paiement anticipé plus les frais raisonnables engagés aux fins de vérification de l'état de santé de l'adhérent totalement invalide plus l'intérêt accumulé y afférent à partir de la date du versement jusqu'à la date du décès de l'adhérent totalement invalide.

Le taux d'intérêt est le taux de rendement annuel moyen des certificats de placement garantis d'un an émis par les sociétés de fiducie canadiennes. Le taux utilisé sera celui établi immédiatement après la date du paiement anticipé, tel que publié dans le bulletin mensuel ou hebdomadaire de statistiques de la Banque du Canada (codes B14054 ou B113878 respectivement).

## **EXCLUSION AFFÉRENTE AU PAIEMENT ANTICIPÉ**

L'assureur ne procédera pas au versement d'un paiement anticipé si la proposition renferme une déclaration erronée de faits ou si des renseignements importants n'ont pas été divulgués, que ce soit dans une période de deux ans ou non. Si l'on découvre, une fois que le versement du paiement anticipé a été effectué, que la proposition ou la protection est nulle et non avenue, le récipiendaire du paiement anticipé devra rembourser la valeur de ce paiement à l'assureur.

## **FIN DE LA GARANTIE**

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

## **DROIT DE TRANSFORMATION**

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

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

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

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

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

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



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

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

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

## **DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE**

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

Toute demande de paiement, preuves et renseignements doivent être présentés à l'assureur dans les 5 ans suivant la date du décès.

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

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

## **ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE**

### **OBJET DE LA GARANTIE**

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

### **DÉBUT DE L'ASSURANCE DU NOUVEAU-NÉ**

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

### **FIN DE LA GARANTIE**

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

### **DROIT DE TRANSFORMATION DU CONJOINT**

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

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

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

## **DROIT DU CONJOINT APRÈS LA CESSATION DE L'ASSURANCE**

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

## **DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE**

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

Toute demande de paiement, preuves et renseignements doivent être présentés à l'assureur dans les 5 ans suivant la date du décès.

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

## **ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT**

### **ADMISSIBILITÉ ET PREUVES D'ASSURABILITÉ**

Aucune preuves d'assurabilité sera exigée par l'assureur pour les premiers 40 000 \$ si l'employé admissible se prévaut de son droit d'inscription à la présente garantie dans les 60 jours qui suivent la date à laquelle il devient un employé admissible. L'employé doit fournir des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'assureur pour tout montant excédant 40 000 \$ ou si l'employé admissible se prévaut de son droit d'inscription à la présente garantie après les 60 jours qui suivent la date à laquelle il devient un employé admissible.

### **OBJET DE LA GARANTIE**

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

### **EXCLUSION EN CAS DE SUICIDE**

L'assureur n'est pas tenu de verser le montant d'assurance vie facultative si l'adhérent se suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non, dans les 12 mois suivant la date de prise d'effet ou de remise en vigueur de son assurance ou la date de prise d'effet de toute augmentation du montant de cette assurance.

### **FIN DE LA GARANTIE**

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

### **DROIT DE TRANSFORMATION**

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

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

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

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

## **DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE**

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

Toute demande de paiement, preuves et renseignements doivent être présentés à l'assureur dans les 5 ans suivant la date du décès.

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

## ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ADHÉRENT

### DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Ceinture de sécurité désigne les sangles qui font partie d'un dispositif de protection des occupants.

Éléments désigne les catastrophes naturelles telles que les tremblements de terre, les tempêtes, les inondations, les glissements de terrain ou toute autre catastrophe de même nature.

Hémiplégie désigne la paralysie totale, irrémédiable et permanente des membres supérieur et inférieur d'un même côté du corps.

Paraplégie désigne la paralysie totale, irrémédiable et permanente des deux membres inférieurs.

Perte de l'ouïe, de la vue ou de la parole désigne la perte totale et irrémédiable de l'ouïe, de la vue ou de la parole attestée par un médecin diplômé, reconnu et agréé auprès du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou de la Corporation professionnelle des médecins du Québec.

Perte de l'usage désigne la perte totale et irrémédiable de l'usage d'un membre relativement à une incapacité continue de ce membre pendant 12 mois ou plus.

Perte du pouce désigne le sectionnement complet d'une phalange du pouce.

Perte d'un bras désigne le sectionnement complet à l'articulation du coude ou au-dessus de celle-ci.

Perte d'un doigt désigne le sectionnement complet à l'articulation de la deuxième phalange d'un même doigt.

Perte d'un orteil désigne le sectionnement complet d'une phalange du gros orteil, et de toutes les phalanges des autres orteils.

Perte d'un pied désigne le sectionnement complet à l'articulation de la cheville ou entre la cheville et le genou.

Perte d'une jambe désigne le sectionnement complet à l'articulation du genou ou au-dessus de celle-ci.

Perte d'une main désigne le sectionnement complet à l'articulation du poignet ou entre le poignet et le coude.

Quadriplégie désigne la paralysie totale, irrémédiable et permanente des membres supérieurs et inférieurs.

Véhicule désigne une voiture de tourisme, une familiale, une fourgonnette, une automobile tout terrain similaire à une jeep ou une camionnette.

## OBJET DE LA GARANTIE

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

- 1) qu'un adhérent a subi l'une des pertes indiquées ci-dessous dans les 365 jours suivant un accident causant des dommages corporels;
- 2) que cette perte était le résultat direct de l'accident indépendamment de toute autre cause; et
- 3) que cet accident est survenu alors que l'adhérent était couvert en vertu de la présente garantie;

l'assureur paie le montant applicable à toute perte conformément au tableau suivant et aux autres dispositions applicables du contrat.

## TABLEAU DES PERTES

Le montant payable pour chaque type de perte correspond au pourcentage indiqué ci-dessous multiplié par le montant d'assurance figurant dans le TABLEAU DES GARANTIES.

<u>Perte</u>	<u>Montant versé</u>
de la vie	100 %
de la vue des deux yeux	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
des deux bras ou des deux jambes	100 %
d'une main et de la vue d'un œil	100 %
d'un pied et de la vue d'un œil	100 %
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	67 %
de la vue d'un œil	67 %
de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	67 %
du pouce et de l'index d'une même main	33 %
d'au moins quatre doigts de la même main	33 %
de tous les orteils d'un même pied	25 %
de l'ouïe d'une oreille	25 %

<u>Perte de l'usage</u>	<u>Montant versé</u>
des deux bras ou des deux mains	100 %
des deux jambes ou des deux pieds	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	67 %
du pouce et de l'index d'une même main	33 %
hémiparésie, paraparésie, quadriparésie	200 %

## **DISPARITION**

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, disparaît par suite d'un accident ayant entraîné la submersion ou la disparition du moyen de transport à bord duquel il voyageait et si son corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours suivant la date de cet accident, il sera réputé, à moins de preuve contraire, qu'il a perdu la vie par suite d'un dommage corporel causé par l'accident.

## **EXPOSITION AUX ÉLÉMENTS**

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, se trouve exposé aux éléments de façon inéluctable et si, après une telle exposition, il subit une perte, cette perte est réputée être le résultat d'un accident.

## **RÉADAPTATION**

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, subit une perte autre que la perte de la vie et pour laquelle un certain montant est payable en vertu de la présente garantie, l'assureur paie les frais de formation nécessaires et raisonnables réellement engagés, jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 \$, pourvu :

- 1) qu'une telle formation soit rendue nécessaire, à la suite d'une perte subie, pour permettre à l'adhérent d'exercer toute tâche rémunératrice qu'il n'aurait pas exercée n'eût été son incapacité; et
- 2) que les frais aient été engagés dans les deux ans suivant la date de l'accident.



## **FRAIS D'HÉBERGEMENT ET DE TRANSPORT DE LA FAMILLE IMMÉDIATE**

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, subit une perte autre que celle de la vie, pour laquelle un montant est payable en vertu de cette garantie et à la suite de laquelle il est hospitalisé à plus de 150 km de son lieu de résidence habituel, et si cet adhérent reçoit des soins réguliers d'un médecin, à l'exception de lui-même, l'assureur paie les frais raisonnables d'hôtel et de transport, par la voie la plus directe, engagés par les membres de la famille immédiate de cet adhérent pour se rendre au chevet de ce dernier, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 1 500 \$ pour l'ensemble de ces frais.

## **RAPATRIEMENT**

Si l'adhérent décède par suite d'un accident survenant à au moins 100 km de son lieu de résidence habituel alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, et si un montant est payable pour la perte de la vie selon les dispositions de la présente garantie, l'assureur paie les frais usuels et raisonnables engagés pour la préparation du corps de l'adhérent décédé en vue de l'enterrement ou de la crémation et le transport dudit corps du lieu de l'accident au lieu de résidence de l'adhérent au Canada, jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 \$.

## **CEINTURE DE SÉCURITÉ**

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, est blessé dans un accident d'automobile et que ses blessures entraînent un paiement pour l'une des pertes indiquées au tableau des pertes, le montant d'assurance payable sera majoré de 10 % s'il portait sa ceinture de sécurité, pourvu :

- 1) que la perte survienne lorsque l'adhérent est passager ou conducteur d'un véhicule privé;
- 2) que la ceinture de sécurité soit correctement attachée; et
- 3) que la vérification de l'utilisation de la ceinture de sécurité fasse partie du rapport officiel de l'accident ou soit certifiée par l'enquêteur.

## **TRANSFORMATION D'UN LOGEMENT OU D'UN VÉHICULE**

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, subit une perte autre que celle de la vie, pour laquelle un montant est payable en vertu de cette garantie et qu'il doit par la suite (pour la même raison que celle qui lui a donné droit au paiement du montant) utiliser un fauteuil roulant pour se déplacer, sur présentation de preuves de paiement l'assureur paiera :

- 1) les frais initiaux de transformation du logement de l'adhérent pour lui permettre d'avoir accès à ce logement et d'y circuler avec son fauteuil roulant;

- 2) les frais initiaux de transformation nécessaire d'un véhicule motorisé appartenant à l'adhérent, afin de lui permettre d'avoir accès à ce véhicule ou de le conduire;

à raison d'une transformation pour chacun des frais décrits aux paragraphes 1) et 2) ci-dessus et jusqu'à concurrence de 10 000 \$ pour l'ensemble de ces frais.

La présente garantie ne s'applique que si :

- 1) les modifications apportées au logement sont effectuées par une ou plusieurs personnes expérimentées dans ce domaine et qu'elles sont recommandées par un organisme reconnu qui offre du soutien et de l'aide aux utilisateurs de fauteuils roulants;
- 2) les modifications apportées à un véhicule sont effectuées par une ou plusieurs personnes expérimentées dans ce domaine et qu'elles sont autorisées par le bureau provincial d'immatriculation des voitures de la province de résidence de l'adhérent.

## **ÉDUCATION SPÉCIALE**

Si les personnes à charge d'un adhérent sont couvertes en vertu du contrat à la date à laquelle l'adhérent décède des suites d'un accident et si un montant est payable pour cette perte de la vie en vertu de la présente garantie, l'assureur verse une prestation d'éducation spéciale à l'égard de chaque enfant à charge alors couvert en vertu du contrat et qui, à la date de l'accident, était inscrit à titre d'étudiant à temps plein dans tout établissement d'enseignement supérieur de niveau postsecondaire ou suivait des cours au niveau secondaire et s'est inscrit par la suite comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur au cours des 365 jours qui ont suivi la date du décès de cet adhérent.

La prestation d'éducation spéciale couvre tous les frais raisonnables et nécessaires de scolarité et autres frais connexes, jusqu'à concurrence de 2 % du montant pour lequel l'adhérent était couvert en vertu de la présente garantie à la date de son décès et d'un maximum global de 5 000 \$ pour chaque année, sous réserve d'un maximum de quatre années, à l'égard de laquelle l'enfant à charge admissible à cette prestation d'éducation poursuit des études, à temps plein, dans un établissement d'enseignement supérieur sans interruption plus longue que les vacances scolaires normales.

## **FORMATION DU CONJOINT**

Si le conjoint d'un adhérent est couvert en vertu du contrat à la date à laquelle l'adhérent décède des suites d'un accident et si un montant est payable pour cette perte de la vie en vertu de la présente garantie, l'assureur couvre tous les frais raisonnables et nécessaires que le conjoint a réellement engagés pour participer à un programme de formation professionnelle officiel, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, à condition :

- 1) que le conjoint ait besoin de cette formation pour acquérir les aptitudes particulières qui lui permettront d'exercer un emploi actif pour lequel il n'aurait autrement pas été assez qualifié; et
- 2) que ces frais soient engagés dans les deux ans qui suivent la date de l'accident.

## **RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS**

- 1) Une perte ne donne lieu à aucun paiement si elle découle directement ou indirectement, uniquement ou en partie, de ce qui suit :
  - a) un suicide ou des dommages corporels que l'adhérent s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
  - b) une maladie ne résultant pas d'un accident et qui se manifeste lors d'un accident;
  - c) un traitement médical ou dentaire, une intervention chirurgicale ou une anesthésie;
  - d) la guerre, déclarée ou non, le service actif dans les forces armées d'un pays, ou la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
  - e) un voyage ou vol dans un aéronef sauf si l'adhérent voyage à titre de passager seulement (et non à titre de pilote ou de membre de l'équipage) dans tout aéronef :
    - i) qui a un permis de vol reconnu ou accordé en vertu de la Loi sur l'aéronautique (Canada) ou en vertu des lois du pays où il a été enregistré, pourvu que toutes les conditions applicables à ce permis aient été respectées; et
    - ii) qui est utilisé uniquement aux fins de transport et non pour la formation ou l'entraînement, à titre d'essai ou expérimental;
  - f) une infraction ou une tentative d'infraction au Code criminel du Canada.

- 2) L'assureur ne paie pas le montant d'assurance si l'accident qui entraîne le décès ou la perte survient lorsque l'adhérent conduit un véhicule motorisé, s'il est alors sous l'influence de stupéfiants ou si la concentration d'alcool dans son sang excède la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada.
- 3) En vertu des dispositions relatives à la RÉADAPTATION, à l'ÉDUCATION SPÉCIALE et à la FORMATION DU CONJOINT, aucun remboursement ne sera effectué à l'égard des frais d'hébergement ou autres frais normaux de subsistance, de voyage ou d'habillement.
- 4) Pour les pertes relatives à un même membre, subies dans un même accident, le montant payable correspond à celui prévu pour la perte la plus importante. Pour l'ensemble des pertes subies dans le même accident, les montants payables ne peuvent dépasser la totalité du montant d'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, exclusion faite des cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie pour lesquels le montant payable ne peut dépasser 200 % du montant d'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

#### RESTRICTIONS AFFÉRENTES AU PORT DE LA CEINTURE DE SÉCURITÉ

Pour que l'adhérent ait droit au montant additionnel dû en cas d'accident d'automobile ainsi qu'il est indiqué dans la partie CEINTURE DE SÉCURITÉ de la présente garantie, le conducteur du véhicule doit posséder un permis de conduire valide pour le type de véhicule qu'il est autorisé à conduire et ne pas être, au moment de l'accident, sous l'influence de stupéfiants, sauf dans le cas de médicaments prescrits par un médecin et consommés selon la posologie prescrite par ce dernier. De plus, la concentration d'alcool dans le sang du conducteur ne doit pas excéder la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada ni les limites relatives à la conduite en état d'ébriété établies par les autorités locales de l'endroit où l'accident survient.

#### FIN DE LA GARANTIE

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

#### DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

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

Sous réserve de toute loi applicable, l'assureur peut demander une autopsie pour évaluer sa responsabilité en rapport avec une demande de paiement présentée en raison d'un décès.

Toute demande de paiement, preuves et renseignements doivent être présentés à l'assureur dans les 6 mois suivant la date du décès.

Dans le cas de la disparition de l'adhérent ainsi qu'il est indiqué dans la partie DISPARITION de la présente garantie l'assureur prendra le sinistre en charge sur présentation d'un jugement déclaratif de décès.

## ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT

### DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Délai de carence désigne la période ininterrompue d'invalidité totale qui doit s'écouler avant le début du versement des prestations mensuelles en vertu de la présente garantie; cette période est indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

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

### PREUVES D'ASSURABILITÉ

L'adhérent qui demande un montant de prestations plus élevé que le montant maximum pouvant être souscrit sans preuves d'assurabilité indiqué dans le TABLEAU DES GARANTIES pour la garantie d'assurance salaire de longue durée doit fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur pour la partie du montant des prestations qui excède ce maximum.

### OBJET DE LA GARANTIE

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

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

l'assureur verse des prestations mensuelles aussi longtemps que l'adhérent continue d'être totalement invalide, jusqu'à concurrence de la période maximale indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

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

Les versements en vertu de la présente garantie sont payables à compter de la fin du délai de carence et sont effectués à la fin de chaque mois.

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

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

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

## **RAJUSTEMENT SELON L'INDICE DES RENTES PUBLIÉ PAR LA RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC**

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

- 1) la première augmentation prend effet ainsi qu'il est indiqué à la partie RAJUSTEMENT SELON L'INDICE DES RENTES PUBLIÉ PAR LA RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC;
- 2) les augmentations subséquentes prennent effet à chaque anniversaire de la première augmentation;
- 3) pendant toute année au cours de laquelle l'indice des rentes publié par la Régie des rentes du Québec est inférieur au pourcentage indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, l'augmentation pour cette année particulière sera égale à celle de l'indice de la Régie des rentes du Québec.

## **RÉDUCTION DES PRESTATIONS MENSUELLES, RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS**

- 1) Intégration directe

La prestation mensuelle payable à l'adhérent en vertu de la présente garantie est diminuée :

- a) de toute somme que l'adhérent reçoit ou à laquelle il a droit en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable; et
- b) de toute somme que l'adhérent reçoit ou à laquelle il a droit en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, y compris les prestations de retraite anticipée, mais à l'exception :
  - i) des prestations pour les personnes à charge;
  - ii) de tout montant versé en sus de la prestation initiale d'indexation sur le coût de la vie une fois le versement des prestations a commencé.

## 2) Intégration indirecte

De plus, l'assureur réduira de nouveau la prestation mensuelle payable en vertu de la présente garantie par le montant, s'il en est, selon lequel le revenu mensuel total d'un adhérent provenant de toutes sources dépasse :

- a) 90 % de son revenu mensuel brut immédiatement avant l'invalidité totale, si la prestation mensuelle versée en vertu de la présente garantie fait partie du revenu de l'adhérent aux termes de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada); ou
- b) 90 % de son revenu mensuel net immédiatement avant l'invalidité totale, si la prestation mensuelle versée en vertu de la présente garantie ne fait pas partie du revenu de l'adhérent aux termes de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).

L'assureur prend en compte toute indemnité et tout paiement définis ci-dessous, que l'assuré reçoit ou auxquels il a droit, pour établir le revenu mensuel total de l'adhérent provenant de toutes sources :

- a) toute prestation mensuelle versée en vertu de la présente garantie;
- b) tout revenu mensuel ou paiement versé par l'employeur;
- c) toute prestation d'invalidité payable en vertu du Régime de rentes du Québec, y compris les prestations de retraite anticipée et les prestations pour les personnes à charge, mais à l'exception de tout montant supplémentaire versé à titre d'indexation des prestations sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;
- d) toute prestation d'invalidité payable en vertu du Régime de pensions du Canada, y compris les prestations de retraite anticipée, mais à l'exception des prestations pour les personnes à charge et de tout montant supplémentaire versé à titre d'indexation des prestations sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;
- e) toute prestation d'invalidité payable en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable ou d'un autre régime public, à l'exclusion des prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance emploi;
- f) toute prestation d'invalidité payable en vertu d'un régime d'assurance collective fourni par un employeur ou une association;



- g) toute prestation provenant d'un régime de retraite ou de rente, à l'exclusion de tout montant supplémentaire versé à titre d'indexation des prestations sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé (l'assuré invalide est réputé recevoir une rente de retraite provenant d'un régime de retraite, incluant RREGOP, RRPE et RRF, après avoir complété 38 ans de service reconnu aux fins du régime de retraite);
- h) de toute indemnité de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime public d'assurance automobile qui exige ou fournit des prestations d'assurance automobile sans égard à la responsabilité.

Si l'adhérent touche l'un ou l'autre des paiements ou indemnités susmentionnés sous la forme d'un montant forfaitaire au lieu de prestations périodiques, l'assureur réduit le montant de la prestation mensuelle payable de ce montant, qui est ramené sur une base mensuelle en fonction d'une période de 60 mois ou du nombre de mois d'invalidité à l'égard duquel le montant forfaitaire est versé, selon la période la plus courte.

L'assureur réduira aussi les prestations mensuelles même si l'adhérent, qui se doit de faire la demande nécessaire, néglige ou refuse de se prévaloir de ses droits en vertu des lois et régimes décrits ci-dessus.

L'assureur peut à son gré utiliser une estimation du montant accordé en vertu de tout régime public avant la réception de l'avis du montant réellement accordé.

### 3) Restrictions

Aucun versement n'est effectué en rapport avec une période d'invalidité totale :

- a) durant laquelle l'adhérent ne reçoit pas des soins médicaux continus en raison de la maladie ou des dommages corporels causant l'invalidité totale;
- b) durant un congé de maternité ou parental officiel pris par un adhérent conformément aux dispositions de la loi provinciale ou fédérale applicable;
- c) durant un congé de maternité qui débute à la première des dates suivantes, soit :
  - i) la date du congé choisie d'un commun accord entre l'employeur et l'adhérent; et
  - ii) la date de naissance de l'enfant;

et qui se termine à la première des dates suivantes, soit :

- i) la date de retour au travail à temps plein pour le compte de l'employeur, choisie d'un commun accord entre l'employeur et l'adhérent;
- ii) la date réelle à laquelle l'adhérent est de nouveau effectivement au travail pour le compte de l'employeur;
- d) durant un congé parental convenu d'un commun accord entre l'employeur et l'adhérent;
- e) durant l'emprisonnement de l'adhérent par suite d'une condamnation pour infraction;
- f) lorsque l'adhérent séjourne à l'extérieur du Canada pendant une période de plus de 3 mois pour quelque raison que ce soit, à moins que l'assureur ne convienne d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période.

#### 4) Exclusions

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

- a) une blessure subie lors d'une guerre, déclarée ou non, le service actif de l'adhérent dans les forces armées d'un pays, sa participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
- b) une infraction ou tentative d'infraction au Code criminel;
- c) des soins médicaux ou chirurgicaux d'ordre esthétique, sauf si les soins esthétiques sont fournis par suite d'un accident survenu pendant que l'adhérent était couvert en vertu du contrat;
- d) l'abus d'alcool ou de stupéfiants, à moins que l'adhérent ne participe de façon active et continue à un programme mené sous surveillance médicale pour remédier à cet abus, qu'il ne reçoive des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation et qu'il ne séjourne dans un centre spécialisé reconnu;
- e) le fait pour l'adhérent d'avoir conduit un véhicule motorisé alors qu'il était sous l'influence de stupéfiants ou que la concentration d'alcool dans son sang excédait la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada.

## **RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ TOTALE**

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

- 1) 116,25 heures cumulées de travail à temps plein durant le délai de carence; ou
- 2) 6 mois consécutifs de travail à temps plein suivant immédiatement une période d'invalidité totale qui a donné lieu au versement de prestations en vertu de la présente garantie.

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

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

## **GESTION DE L'INVALIDITÉ**

L'assureur peut en tout temps exiger qu'un adhérent totalement invalide participe à un programme de gestion de l'invalidité ou qu'il s'adonne à une activité de réadaptation rémunératrice considérée satisfaisante par l'assureur.

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

- 1) coordination de l'accès à des services de santé;
- 2) programme de soutien à la réintégration au travail;
- 3) négociation d'un retour progressif au travail;
- 4) programme de réadaptation pouvant inclure des services d'évaluation, de traitement, de formation, de placement et de recherche d'emploi.

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

- 1) l'invalidité totale n'est pas réputée avoir pris fin pour la seule raison que l'adhérent participe audit programme, sous réserve d'une période maximale de 24 mois;

- 2) si, pendant qu'il participe audit programme, l'état de santé de l'adhérent se détériore au point où il n'est plus capable de poursuivre le programme, les conditions de la présente garantie s'appliquent de nouveau à l'égard de l'adhérent, tout comme s'il n'avait jamais participé au programme;
- 3) la limite relative au nombre de mois pendant lesquels des prestations mensuelles sont payables au cours de toute période d'invalidité totale continue de s'appliquer même si l'adhérent participe à un programme approuvé de gestion de l'invalidité ou à une activité de réadaptation rémunératrice;
- 4) si, pendant qu'il participe audit programme, l'adhérent reçoit un revenu, l'assureur utilise la formule suivante pour déterminer quel montant il doit retrancher des prestations payables à l'adhérent :

$$(A \div B) \times C$$

A = Revenu gagné en vertu de toute activité de réadaptation.

B = Revenu que l'adhérent gagnait immédiatement avant la date du début de son invalidité totale.

C = Prestations mensuelles autrement payables en vertu de la présente garantie;

- 5) tant que l'adhérent participe au programme de gestion de l'invalidité, l'assureur réduit ses prestations mensuelles du montant nécessaire pour que son revenu total provenant de toutes sources, ainsi qu'il est défini dans la partie INTÉGRATION INDIRECTE de l'article RÉDUCTION DES PRESTATIONS MENSUELLES, RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS de la présente garantie, n'excède pas 100 % du revenu net qu'il gagnait avant son invalidité si les prestations ne sont pas imposables ou 100 % du revenu brut qu'il gagnait avant son invalidité si les prestations sont imposables.

L'adhérent qui refuse de participer à un programme de gestion de l'invalidité, qui ne participe pas de bonne foi à un tel programme ou qui ne s'adonne pas à une activité de réadaptation que l'assureur juge appropriée ne sera plus admissible aux prestations mensuelles prévues par la présente garantie.

## **CESSATION DES VERSEMENTS**

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

- 1) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
- 2) la date à laquelle l'adhérent s'adonne à toute tâche rémunératrice autre qu'une activité de réadaptation rémunératrice approuvée;

- 3) la date fixée par l'assureur à laquelle l'adhérent est censé lui avoir fourni une attestation satisfaisante de son invalidité totale ou s'être soumis à un examen médical demandé par l'assureur, mais a négligé ou refusé de le faire;
- 4) la date à laquelle est écoulée la période maximale de versement des prestations indiquée au TABLEAU DES GARANTIES pour toute période d'invalidité totale;
- 5) la date à laquelle l'adhérent refuse de participer à un programme de gestion de l'invalidité ou de s'adonner à une activité de réadaptation que l'assureur juge appropriée;
- 6) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

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

Si l'adhérent est totalement invalide à la date à laquelle son assurance prend fin, l'assureur prolonge l'assurance salaire de longue durée de l'adhérent aussi longtemps que cette invalidité totale se poursuit sans interruption, sous réserve des autres dispositions du contrat.

### **DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE**

L'adhérent doit présenter à l'assureur la déclaration écrite initiale de sinistre dans les 30 jours suivant l'expiration du délai de carence et la preuve écrite initiale, dans les 90 jours suivant l'expiration dudit délai.

S'il y a récurrence d'invalidité totale, l'adhérent doit présenter une déclaration écrite de sinistre à l'assureur dans les 30 jours suivant la date de la récurrence et une preuve écrite, dans les 90 jours suivant la date de ladite récurrence.

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

## ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE

### DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Année civile désigne la période qui s'étend du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre inclusivement.

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

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

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

Fournisseur de services de voyage désigne une agence de voyage, un grossiste en voyage, un organisateur de voyages à forfait, un croisiériste ou une compagnie aérienne détenant un permis et un certificat d'exploitation valides émis par les autorités compétentes au Canada ou à l'étranger.

Frais usuels et raisonnables désigne les frais habituellement exigés pour des soins ou produits similaires et limités au tarif qui prédomine dans la région où les soins ou produits sont fournis. « Soins ou produits similaires » signifie des soins ou des produits qui sont comparables quant à leur nature et à leur durée, qui exigent une même compétence et qui sont fournis par une personne ayant une formation et une expérience similaires.

Hospitalisation désigne

- 1) une admission à l'hôpital comme patient interne alité (salle ou chambre) pour un séjour qui dure plus de 18 heures consécutives;
- 2) toute visite dans un hôpital au cours de laquelle l'adhérent subit une chirurgie d'un jour.

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

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

Médicament équivalent désigne un médicament, de marque ou générique, dit interchangeable en vertu de la loi provinciale applicable où le médicament est délivré.

Orthèse désigne tout appareil orthopédique fabriqué d'un matériel rigide, tel le métal ou le plastique, et servant à maintenir une région du corps en bonne position. Les bandes-maintien élastiques n'entrent pas dans la catégorie des orthèses.

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

Programme d'accompagnement patient désigne le programme offrant du support à la personne assurée pour faciliter la gestion de sa condition médicale et la prise de ses médicaments.

**Exclusion :** Si la personne assurée refuse de participer au programme, elle pourrait ne pas être admissible au remboursement du médicament.

Programme de soutien aux patients désigne le programme en vertu duquel les fabricants de certains médicaments offrent des services d'information, de formation et d'aide financière à la personne assurée à qui le médicament est prescrit.

**Exclusion :** Si la personne assurée refuse de participer au programme, elle pourrait ne pas être admissible au remboursement du médicament.

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

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

Stable se dit de l'état de santé d'une personne assurée qui, dans les 30 jours précédant la date de début du voyage, n'est affectée par aucun problème de santé, ou est affectée par un problème de santé qui :

- 1) n'a fait l'objet d'aucune modification ou recommandation de modification du traitement ou de la posologie des médicaments prescrits pouvant occasionner un changement significatif de l'état de santé pendant la durée du voyage, et
- 2) n'est caractérisé par aucun symptôme laissant présager une détérioration significative de l'état de santé pendant la durée du voyage.

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

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

Voyage désigne une période déterminée au cours de laquelle la personne assurée est couverte en vertu d'un régime provincial de soins médicaux et pour laquelle :

- 1) des arrangements sont pris avec tout fournisseur de services de voyage; ou
- 2) des réservations ont été effectuées par la personne assurée pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait.

## **DÉFINITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE**

Avion désigne un aéronef multimoteur à voilure fixe d'un poids autorisé au décollage d'au moins 4 536 kg qui est exploité entre des aéroports reconnus par une ligne aérienne à horaire fixe ou à service d'affrètement immatriculé au Canada ou l'étranger et qui détient un permis valide de la Commission Canadienne des Transports Aériens de transporteur aérien à horaire fixe ou à service d'affrètement (ou leur équivalent étranger). Les vols spéciaux ou nolisés autorisés par l'un des permis ci-haut mentionnés ne sont couverts que s'ils sont effectués avec un aéronef de type normalement employé par la ligne aérienne pour son service de vols à horaire fixe ou affrétés. Tous les appareils militaires sont exclus.

Compagnon de voyage désigne la personne de 18 ans ou plus qui ne répond pas à la définition d'enfant à charge et qui partage des arrangements de voyage avec la personne assurée (jusqu'à un maximum de 4 personnes, y compris la personne assurée).



Défaillance désigne la faillite du fournisseur de services de voyage, volontaire ou involontaire, qui empêche la personne assurée de bénéficier des arrangements de voyage et qui expose cette dernière à subir une perte financière. Le fournisseur de services de voyage doit avoir un bureau au Canada et détenir tous les permis et certificats d'exploitation requis par les autorités canadiennes compétentes.

Hôte à destination désigne une personne avec qui la personne assurée partage un hébergement prévu à l'avance, pourvu que l'hébergement en question soit reconnu comme la résidence de l'hôte à destination.

Membre de la proche famille désigne le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère ou la sœur de la personne assurée.

Membre de la famille désigne tout membre de la proche famille ainsi que le beau-père, la belle-mère, les grands-parents, les petits-enfants, les demi-frères, les demi-soeurs, les beaux-frères, les belles-soeurs, les gendres, les brus, les oncles, les tantes, les neveux ou les nièces de la personne assurée.

Perte financière désigne la perte des sommes payées au fournisseur de services de voyage pour les arrangements de voyage qu'il a conclus, si le fournisseur ne peut les respecter en raison de défaillance, dans la mesure où ces sommes n'ont pas été ou ne seront pas remboursées à la personne assurée par le fournisseur de services ou par tout fonds prévu ou mis sur pied à cet effet par les autorités gouvernementales.

Quarantaine désigne la période déterminée par les autorités sanitaires pour protéger la santé de la population et durant laquelle la personne assurée doit être placée en isolement parce qu'elle est atteinte ou potentiellement atteinte d'une maladie infectieuse identifiée par les autorités sanitaires.

Réunion d'affaires désigne une réunion privée préalablement organisée dans le cadre de l'occupation à plein temps de la personne assurée ou de la profession exercée par cette dernière.

Transport public désigne un déplacement par avion, autobus, train, bateau, taxi ou limousine exploités sous licence par un transporteur autorisé pour le transport des passagers.

## **OBJET DE LA GARANTIE**

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

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

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

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

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

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

### **Réseau de fournisseurs privilégiés**

L'assureur peut sélectionner des fournisseurs pour la distribution de certains médicaments et produits et peut restreindre les prestations pour des frais admissibles engagés auprès d'un autre fournisseur.

### **Exemple du traitement des frais admissibles et du calcul du montant payable.**

Une personne assurée soumet des frais de physiothérapie totalisant 600 \$ pour l'année civile en cours.

Supposons que le contrat de cette personne assurée prévoit que les frais admissibles sont limités à 500 \$, maximum qui serait indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, et que le pourcentage de remboursement applicable aux frais admissibles est de 80 %.

Le montant payable sera calculé comme suit :

Montant soumis :	600 \$	
Maximum admissible :	500 \$	
Pourcentage de remboursement :	x 80 %	(applicable aux frais admissibles après franchise)
Montant payable à l'adhérent :	400 \$	(500 \$ x 80 %)
Solde de frais admissibles :	0 \$	(puisque le maximum de frais admissibles a été atteint)

## **FRANCHISE**

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

## **POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT**

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

## **FRAIS ADMISSIBLES AU CANADA – ACCIDENT-MALADIE**

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

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

## **FRAIS D'HOSPITALISATION**

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

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

## MÉDICAMENTS

- 1) Les médicaments qui sont nécessaires à la thérapeutique, qui ne peuvent s'obtenir que sur l'ordonnance d'un médecin ou d'un chirurgien dentiste (codés «Pr», «C», ou «N» dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques) et qui sont fournis par un pharmacien, ou par un médecin là où il n'y a pas de pharmacien.

De plus, les frais engagés pour des médicaments qui sont obtenus sur l'ordonnance du médecin et requis pour le traitement de certaines conditions pathologiques sont également admissibles, dans la mesure où il ne s'agit pas de préparations homéopathiques et pourvu que l'indication thérapeutique qui en est proposée par le fabricant dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques soit directement reliée au traitement desdites conditions pathologiques, soit les suivantes :

troubles cardiaques;

troubles pulmonaires;

diabète;

arthrite;

maladie de Parkinson;

épilepsie;

fibrose kystique;

glaucome.

- 2) Pour les personnes assurées de 65 ans ou plus, les médicaments décrits au paragraphe 1), qui sont nécessaires à la thérapeutique, que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments ne couvre pas, que l'on ne peut obtenir que sur ordonnance médicale et qui sont fournis par un pharmacien, ou par un médecin là où il n'y a pas de pharmacien.
- 3) Les contraceptifs oraux prescrits par un médecin.
- 4) Les frais usuels et raisonnables pour les médicaments pouvant être injectés, y compris les vitamines, les minéraux l'insuline et les extraits d'allergisants, tout sérum ou tout vaccin ou tout anatoxine prescrit par un médecin dans le but de prévenir ou de traiter une maladie. Les seringues pour auto-injection sont également couvertes.
- 5) Les frais usuels et raisonnables pour les vaccins préventifs.
- 6) Injections sclérosantes pour le traitement des varices, à condition que ces traitements soient nécessaires à des fins médicales et non esthétiques
  - les frais usuels et raisonnables pour le médicament injecté;
  - les frais engagés pour les services dispensés par un médecin.

- 7) Les bâtonnets réactifs et seringues pour le traitement du diabète.
- 8) Les produits anesthésiants administrés lors d'une intervention qui n'a pas lieu dans un hôpital, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 20 \$ par intervention.
- 9) Les préparations ou composés extemporanés contenant, en autres ingrédients, un médicament couvert.

## MÉDICAMENTS EXIGEANT UNE AUTORISATION PRÉALABLE

L'autorisation préalable de l'assureur est exigée pour certains médicaments dont la liste est disponible sur le site web de l'assureur. Un formulaire d'autorisation préalable doit être rempli par le médecin et soumis à l'assureur pour s'assurer que les médicaments prescrits répondent aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur en fonction, notamment, des lignes directrices de pratique clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé. Il s'agit entre autres de confirmer que les médicaments prescrits :

- 1) sont utilisés pour une indication thérapeutique approuvée par Santé Canada; et
- 2) démontrent une efficacité satisfaisante par rapport aux coûts qui y sont reliés.

Une preuve d'efficacité ou de nouveaux résultats peuvent être demandés en cours de traitement pour déterminer si le médicament produit les effets attendus et demeure admissible au remboursement.

L'assureur se réserve le droit de rembourser un médicament équivalent ou un médicament biosimilaire moins cher s'il en existe sur le marché.

## PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT PATIENT ET PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS

L'assureur peut exiger que la personne assurée participe à ces programmes.

## PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Soins infirmiers : les services d'une infirmière autorisée, d'une infirmière auxiliaire autorisée ou d'une préposée aux bénéficiaires (aide-infirmière) qui n'a aucun lien de parenté, ni par le sang ni par alliance, avec l'adhérent ou avec l'une des personnes à sa charge et qui ne réside pas habituellement chez celui-ci ni chez l'une des personnes à sa charge. Pour que les services soient couverts, il faut que le patient ne soit pas hospitalisé et que les soins donnés soient nécessaires du point de vue médical, qu'ils ne soient pas spécialement dispensés à titre de soins de protection, d'accompagnement ou de surveillance et qu'ils relèvent de la compétence de l'infirmière ou de la préposée aux bénéficiaires, jusqu'à concurrence du maximum de frais payables indiqué au TABLEAU DES GARANTIES pour chaque personne assurée.

Soins paramédicaux : les services fournis par chaque type de professionnel mentionné ci-dessous, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, à condition que ce professionnel exerce dans les limites de sa compétence. Il doit également être membre en règle de son association ou de sa corporation professionnelle qui doivent être reconnues par l'assureur. Pour chaque type de professionnel, le maximum est limité à une visite par jour.

## AMBULANCE

Les frais d'une ambulance autorisée servant à transporter la personne assurée par voie terrestre, en cas d'urgence médicale ou dans le cadre d'un traitement reçu à titre de malade hospitalisé :

- 1) à partir de l'endroit où la personne assurée est victime de l'accident ou tombe malade, jusqu'à l'hôpital le plus proche où elle peut obtenir les soins appropriés;
- 2) d'un hôpital à un autre; et
- 3) d'un hôpital au domicile de cette personne lorsque l'état du patient l'exige.

Les frais d'une ambulance autorisée servant à transporter la personne assurée par voie aérienne, en cas d'urgence médicale, à l'hôpital le plus proche où la personne peut obtenir les soins appropriés ou à un autre hôpital lorsque le médecin traitant déclare que le transfert est nécessaire.

## AIDE À LA MOBILITÉ

Fauteuil roulant : achat et réparation, ou location, à la discrétion de l'assureur, jusqu'à concurrence du coût d'un fauteuil roulant non motorisé, à moins que l'état de santé de la personne assurée requiert l'usage exclusif d'un fauteuil motorisé.

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

## FOURNITURES ORTHOPÉDIQUES

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

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

Lit d'hôpital : l'achat et réparation, ou location, à la discrétion de l'assureur, jusqu'à concurrence du coût d'un lit d'hôpital non électrique, à moins que l'état de santé de la personne couverte requiert l'usage exclusif d'un lit électrique.

Chaussures orthopédiques, y compris les chaussures profondes : achat, frais usuels et raisonnables, et jusqu'à concurrence de 3 paires par année civile, par personne assurée. Pour être considérées comme orthopédiques, les chaussures doivent être conçues et fabriquées sur mesure pour une personne précise à partir d'un moulage dans le but de corriger un défaut du pied ou être des chaussures ouvertes, évasées ou droites, ou être nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne. De plus, elles doivent être fabriquées et facturées par des laboratoires détenant un permis en vertu de la loi sur la protection de la santé publique. Le coût des additions ou modifications faites à des chaussures préfabriquées est également admissible. Les chaussures normales faisant partie de l'inventaire courant sont exclues.

## ORTHÈSES ET PROTHÈSES

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

Orthèse podiatrique ou support plantaire : achat.

Membre artificiel et prothèse myoélectrique : Achat, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par prothèse. Réparation, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par réparation. Remplacement rendu nécessaire par un changement physiologique, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par prothèse.

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

Prothèse mammaire externe : frais usuels et raisonnables pour l'achat, lorsqu'elle est requise à la suite d'une mastectomie totale ou radicale réalisée pendant que la personne est assurée en vertu de la présente garantie ou d'une garantie comparable en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de la présente garantie, y compris l'achat de 3 soutiens-gorge pour prothèses mammaires, par année civile par personne assurée. Il est entendu que la responsabilité de l'assureur est limitée l'excédent des frais non couverts par le régime provincial d'assurance-maladie.

Prothèse auditive : achat, sur ordonnance écrite d'un oto-rhino-laryngologiste diplômé, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 500 \$ par personne assurée pour toute période de 60 mois consécutifs.

Prothèse capillaire : frais usuels et raisonnables pour l'achat, lorsqu'une telle prothèse est nécessaire à la suite d'un traitement de chimiothérapie.

## ÉQUIPEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Glucomètre ou réflectomètre : achat ou location, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante et que son état nécessite l'utilisation d'un tel appareil, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 300 \$ et d'un seul appareil par personne assurée pour toute période de 60 mois consécutifs.

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

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

Pompe à drainage et accessoires de percussion thoracique : achat.

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

Autres équipements thérapeutiques : achat ou location, à la discrétion de l'assureur, qui sont médicalement nécessaires et destinés à guérir ou à traiter une affection, jusqu'à concurrence d'un montant payable viager de 10 000 \$ par personne assurée. Cette catégorie d'appareils comprend par exemple les stimulateurs de consolidation de fracture, les pompes à insuline, les appareils d'aérosolthérapie et les respirateurs à pression positive intermittente.

## FOURNITURES MÉDICALES

Fournitures ayant trait à la colostomie, l'iléostomie et l'urétérostomie : achat.

Bas de contention : achat, à condition qu'il y ait un certain degré de compression, qui sont fournis dans une pharmacie ou dans un établissement médical, jusqu'à concurrence de 5 paires par année civile, par personne assurée.

Fournitures pour les paraplégiques : achat, à condition qu'elles soient reconnues nécessaires pour le traitement et l'entretien des paraplégiques.

Cathéter : achat.

Fournitures médicales servant au gavage : achat.

Fournitures médicales nécessaires suite à une trachéotomie : achat.

Lunette opaque nécessaire lors d'un traitement de radiothérapie ou contre le psoriasis : achat.

Vêtements compressifs pour brûlés : achat.

Pansements médicamenteux : achat.



## SERVICES DIAGNOSTIQUES

Techniques d'imagerie (incluant les électrocardiogrammes, les examens aux rayons X, aux ultrasons et par résonance magnétique), analyse de laboratoire et traitements au radium ou aux rayons X, triple test et clarté nucale, à la condition qu'ils soient rendus dans une clinique privée. Les frais engagés pour des services reçus à l'hôpital sont exclus.

## SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT

Les services d'un dentiste requis pour la réparation et le remplacement de dents saines par suite d'un coup accidentel reçu sur la bouche pendant que la personne est couverte en vertu de la présente garantie ou d'une garantie comparable en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de la présente garantie, et non en raison de l'introduction volontaire ou involontaire d'une substance alimentaire ou d'un objet dans sa bouche. Ces soins dentaires doivent être rendus dans les 12 mois suivant la date de l'accident; sinon, l'assureur exige qu'un plan de traitement détaillé qu'il juge satisfaisant lui soit présenté dans le même délai. L'assureur n'accorde aucun remboursement pour des soins reçus plus de deux ans après la date de l'accident. Le coût des frais admissibles est limité aux honoraires prévus dans le guide des tarifs de l'année en cours des actes bucco-dentaires des associations dentaires provinciales utilisé par les praticiens généralistes de la province de résidence de l'adhérent.

## SOINS DE LA VUE

### LUNETTES, LENTILLES ET CHIRURGIE

Lunettes et lentilles cornéennes y compris les frais de remplacement, à condition qu'ils soient prescrits par écrit par un ophtalmologiste autorisé ou un optométriste diplômé et fournis par un ophtalmologiste autorisé, un optométriste diplômé ou un opticien autorisé ou les frais relatifs à une chirurgie pour corriger la myopie, l'hypermétropie ou l'astigmatisme, jusqu'à concurrence du montant payable indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Lentilles cornéennes: achat, à condition que celles-ci soient rendues nécessaires par une opération de la cataracte et qu'elles permettent l'obtention d'un niveau minimum d'acuité visuelle de 20/40 ou qu'elles représentent le seul moyen disponible pour restaurer l'acuité visuelle du meilleur œil à un niveau minimum de 20/40, jusqu'à concurrence du montant payable indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

### LE SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ

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

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

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

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

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

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

---

<b>Provenance de l'appel</b>	<b>Numéro à composer</b>
Partout au Canada	1 877 875-2632

---

### **FRAIS ADMISSIBLES - MALADE DIRIGÉ**

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

- 1) le service ou le traitement ne se donne pas au Canada ou dans la province de résidence habituelle de la personne assurée;
- 2) la personne assurée doit fournir à l'assureur une lettre écrite par un médecin de la province de résidence habituelle de la personne assurée et dans laquelle le médecin indique qu'il dirige le patient vers un autre médecin;
- 3) le preneur et l'assureur doivent donner leur autorisation écrite au préalable;
- 4) le régime provincial d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie (ou les deux) doit participer au remboursement des frais admissibles.
- 5) Le montant maximum payable par l'assureur à l'égard des frais admissibles engagés hors de la province de résidence à la suite d'une orientation vers un autre médecin sera limité au pourcentage de remboursement et aux maximums indiqués au TABLEAU DES GARANTIES.

## **FRAIS ADMISSIBLES - ASSURANCE VOYAGE**

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

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

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

- 1) Frais médicaux admissibles :
  - a) les frais engagés pour des services hospitaliers et ceux engagés pour un séjour dans une chambre à deux lits (semi-privée) dans un hôpital, jusqu'à ce que la personne assurée reçoive son congé de l'hôpital;
  - b) les honoraires d'un médecin, d'un chirurgien et d'un anesthésiste;
  - c) tous les autres frais admissibles qui sont couverts en vertu de la présente garantie dans la province de résidence habituelle de la personne assurée, sauf les frais admissibles pour les soins hospitaliers et pour les soins à domicile, s'il y a lieu.
- 2) Frais admissibles de transport :
  - a) les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé; le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance; de plus, la personne assurée cesse d'être couverte par l'assurance si elle ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
  - b) les frais pour le rapatriement (simultané par rapport à celui du sous-paragraphe précédent) de tout membre de la famille immédiate qui est également assuré en vertu de la présente police, s'il ne peut revenir à son point de départ par le moyen de transport initialement prévu pour le retour; le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance;

- c) le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié qui n'est ni un membre de la famille immédiate, ni un ami, ni un compagnon de voyage, à condition que la présence d'un tel accompagnateur soit prescrite par le médecin traitant et approuvée par Voyage Assistance;
- d) le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne assurée qui demeure à l'hôpital pendant au moins sept jours (les frais ne seront remboursés que si la personne demeure à l'hôpital au moins sept jours); cette visite n'est cependant pas admissible au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus. Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont également couverts, jusqu'à concurrence de 1 500 \$. La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant et la visite doit préalablement être approuvée et planifiée par Voyage Assistance;
- e) les frais de retour du véhicule de la personne assurée ou de celui qu'elle a loué, si la personne assurée souffre d'une incapacité résultant d'une urgence médicale certifiée par un médecin et qu'elle ne soit pas en état, selon celui-ci, de ramener elle-même le véhicule et qu'aucun membre de la famille immédiate ou compagnon de voyage l'accompagnant ne soit en état de le faire. Sont également admissibles, les frais d'une agence professionnelle de transport de véhicules ou les frais raisonnables et nécessaires engagés par la personne assurée pour l'essence, les repas, l'hébergement et un billet aller seulement en classe économique. Le véhicule doit être en état de marche pour effectuer le voyage de retour sans problème mécanique et le retour doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance; le remboursement maximal est de 2 500 \$ par voyage;
- f) en cas de décès de la personne assurée, le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement (le voyage doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance); il faut cependant qu'aucun membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage;
- g) en cas de décès de la personne assurée, les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train) ou les frais pour la préparation du corps et les frais d'incinération ou d'enterrement, si la dépouille n'est pas rapatriée à son lieu de résidence, jusqu'à concurrence de 5 000 \$; le coût du cercueil ou de l'urne n'est pas inclus et le retour doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance;

- h) les frais de transport public adéquat pour le rapatriement d'enfants qui accompagnent la personne assurée et dont elle a la garde durant le voyage si la personne assurée doit être rapatriée ou si elle doit demeurer à l'hôpital plus de 24 heures et si aucune autre personne ne peut ramener les enfants à leur lieu de résidence; le retour doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance;
  - i) le coût supplémentaire de transport pour le rapatriement d'un chat ou d'un chien qui accompagne la personne assurée si cette dernière doit être rapatriée et si aucune autre personne ne peut ramener l'animal au lieu de résidence de la personne assurée; le retour doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance et le remboursement maximal est de 500 \$ par voyage;
  - j) les frais de transport de bagages de la personne assurée si elle doit être rapatriée, pour l'excédent de bagages s'ils sont rapportés par une autre personne ou le retour de bagages au lieu de résidence de la personne assurée si aucune autre personne ne peut les rapporter; le retour des bagages doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance et le remboursement maximal est de 300 \$ par voyage.
- 3) Frais admissibles de subsistance : le coût des repas et de l'hébergement de la personne assurée qui doit reporter son retour en raison d'une maladie ou d'une blessure corporelle qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, de même que les frais additionnels de garde des enfants qui ne l'accompagnent pas; ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour par personne assurée, pendant un maximum de 10 jours; la maladie ou la blessure doit être constatée par un médecin.
- 4) Frais admissibles d'appels interurbains : les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la famille immédiate si la personne assurée est hospitalisée, pourvu qu'aucun frais de transport pour visiter la personne assurée, tel que prévu à la section d) ci-dessus ne soient remboursés et que cette dernière ne soit pas accompagnée par un membre de sa famille immédiate âgé de 18 ans ou plus, jusqu'à concurrence de 50 \$ par jour et d'un maximum global de 200 \$ par période d'hospitalisation.
- 5) Décisions médicales : lorsqu'un médecin ou un autre professionnel de la santé, à l'emploi de Voyage Assistance, lié par contrat à Voyage Assistance ou désigné par ce dernier prend des décisions quant à la nécessité de fournir les services couverts tels qu'ils sont décrits ci-dessus, il s'agit alors de décisions médicales fondées sur des facteurs médicaux qui sont décisives lorsqu'il s'agit de déterminer la nécessité d'offrir ces services.

6) Le service Voyage Assistance

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

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

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

---

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

---

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

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

1-800-463-7830 (service en français)

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

## **FRAIS ADMISSIBLES - ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE**

### 1) Événements pouvant donner lieu à un remboursement

L'assurance annulation de voyage permet à la personne assurée d'obtenir le remboursement des frais payés à l'avance ou de certains frais supplémentaires qu'elle doit engager si son voyage est annulé ou interrompu en raison des événements suivants :

- a) maladie, accident ou décès de la personne assurée ou d'un membre de sa famille;
- b) maladie, accident ou décès d'un compagnon de voyage ou d'un membre de la proche famille du compagnon de voyage; dans les cas où plusieurs personnes voyagent ensemble, seulement 3 personnes assurées peuvent invoquer cette raison pour obtenir une prestation pour elles-mêmes et pour les enfants à charge qui les accompagnent;
- c) décès ou hospitalisation d'un associé en affaires, d'un employé-clé ou de l'hôte à destination; un employé-clé est un employé ou un franchisé qui joue un rôle primordial dans la bonne marche de l'entreprise pour laquelle il travaille, de concert avec la personne assurée, et dont l'absence met les activités principales de cette dernière en péril;

- d) service de la personne assurée ou du compagnon de voyage comme membre d'un jury, ou son assignation à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue, durant la période du voyage;
- e) mise en quarantaine de la personne assurée ou du compagnon de voyage;
- f) détournement d'un avion à bord duquel la personne assurée voyage;
- g) déménagement de la résidence principale de la personne assurée à une distance minimale de 160 kilomètres dans les 30 jours qui précèdent la date du voyage assuré, à la suite d'un transfert exigé par son employeur;
- h) sinistre qui rend la résidence principale de la personne assurée ou du compagnon de voyage inhabitable;
- i) annulation d'une réunion d'affaires à cause de l'hospitalisation ou du décès de la personne avec qui les arrangements d'affaires concernant ladite réunion ont été préalablement pris; la réunion doit être la raison principale du voyage et le remboursement est limité aux frais de transport et à un maximum de 3 jours d'hébergement;
- j) situation particulière dans le pays, la région ou l'endroit de destination du voyage qui incite le gouvernement du Canada à émettre, après la date d'achat du billet d'avion ou du forfait voyage, un des avertissements suivants :
  - i) éviter tout voyage non essentiel; ou
  - ii) éviter tout voyage;à condition que l'avertissement soit toujours en vigueur 14 jours avant la date du départ;
- k) maladie, accident ou décès d'une personne dont la personne assurée ou le compagnon de voyage est le tuteur;
- l) décès d'une personne dont la personne assurée ou le compagnon de voyage est le liquidateur de la succession;
- m) défaillance du fournisseur de services de voyage ayant un bureau au Canada et détenant tous les permis et certificats d'exploitation requis par les autorités canadiennes compétentes;



- n) perte involontaire de l'emploi permanent de la personne assurée ou du compagnon de voyage, pourvu que la personne concernée ait été activement au service du même employeur depuis plus d'un an et qu'elle n'ait pas eu de raison de croire qu'elle pourrait perdre ledit emploi dans les jours suivant l'achat du voyage; par emploi permanent, on entend un emploi non saisonnier pour lequel une personne est embauchée en vertu d'un contrat à durée indéterminée;
- o) annulation d'une croisière avant la date du départ du navire de croisière en raison :
- i) d'une panne mécanique;
  - ii) de l'échouement du navire;
  - iii) de sa mise en quarantaine; ou
  - iv) de son déroutement en raison d'intempéries;
- p) correspondance manquée empêchant la personne assurée de poursuivre son voyage selon l'itinéraire prévu en raison du :
- i) retard du moyen de transport public assurant la correspondance, causé par :
    - un accident de la circulation prouvé par un rapport de police;
    - la fermeture d'urgence d'une route, prouvée par un rapport de police;
    - des difficultés mécaniques;
    - des conditions atmosphériques défavorables; ou
    - une catastrophe naturelle; ou
  - ii) retard du véhicule, causé par :
    - un accident de la circulation prouvé par un rapport de police;
    - la fermeture d'urgence d'une route, prouvée par un rapport de police;

- q) situation de crise ou d'urgence d'ordre public où la personne assurée ou le compagnon de voyage est appelé à servir comme policier, pompier, militaire actif ou réserviste, ou à fournir des services de santé essentiels;
  - r) réception par la personne assurée d'un avis de garde légale d'un enfant;
  - s) maladie, accident ou décès de la personne qui doit assurer la garde des enfants à charge de la personne assurée;
  - t) grossesse de l'adhérent ou son conjoint qui débute après la date d'achat du voyage et dont le retour est prévu après les 32 premières semaines de grossesse.
- 2) Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % si l'annulation du voyage se produit avant le départ.

L'assureur verse une prestation égale aux frais suivants, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée :

- a) les sommes non remboursables et payées à l'avance pour le voyage projeté (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement);
  - b) les frais supplémentaires occasionnés par le fait qu'un compagnon de voyage doive annuler son voyage pour une des raisons décrites à la présente section d'assurance annulation de voyage et que la personne assurée décide d'effectuer, avec un compagnon de voyage en moins, le voyage prévu initialement.
- 3) Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % si le départ est retardé ou si une correspondance est manquée.

L'assureur verse une prestation égale au total des frais suivants, s'ils ne sont pas remboursés par le fournisseur de service de voyage (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement), jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée :

- a) le coût supplémentaire d'un billet simple en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue, advenant une correspondance manquée en raison du :
  - i) retard du moyen de transport public assurant la correspondance causé par un accident de la circulation (prouvé par un rapport de police), la fermeture d'urgence d'une route (prouvée par un rapport de police), des difficultés mécaniques, des conditions atmosphériques défavorables ou une catastrophe naturelle;

- ii) retard d'un véhicule causé par un accident de la circulation (prouvé par un rapport de police) ou la fermeture d'urgence d'une route (prouvée par un rapport de police).

Dans tous les cas, la personne assurée doit prévoir arriver au point de départ au moins 3 heures avant l'heure prévue du départ;

- b) le coût supplémentaire d'un billet simple en classe économique pour l'utilisation d'un moyen de transport public à horaire fixe (avion, autobus, train, bateau) empruntant la route la plus directe pour permettre à la personne assurée de rejoindre son groupe pour le reste du voyage, advenant que son départ soit retardé parce qu'elle ou son compagnon de voyage :

- i) devient malade; ou
- ii) subit une blessure.

Il est nécessaire à cet égard d'obtenir l'attestation d'un médecin à l'effet que la maladie ou la blessure sont suffisamment graves pour que le départ soit retardé;

- c) les frais de subsistance de la personne assurée jusqu'à ce que le voyage reprenne selon l'itinéraire prévu, limités à 200 \$ par jour par personne assurée et à un maximum global de 2 000 \$ par voyage.

- 4) Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % si le retour est anticipé ou retardé

L'assureur verse une prestation égale au total des frais suivants, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par personne assurée :

- a) le coût supplémentaire d'un billet simple en classe économique par la route la plus directe pour le voyage de retour jusqu'au point de départ de son voyage; toutefois, si une maladie ou une blessure corporelle retarde le retour de la personne assurée de plus de 7 jours après la date de retour convenue, la prestation prévue pour le retour ne sera payable que sur présentation d'une preuve de l'hospitalisation de la personne assurée;
- b) la portion non utilisée et non remboursable (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement) de la partie terrestre du voyage (réservation d'hôtel, location de voiture, etc.);
- c) les frais de subsistance de la personne assurée jusqu'à son retour au point de départ de son voyage, limités à 200 \$ par jour par personne assurée et à un maximum global de 2 000 \$ par voyage.

- 5) Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % en cas de défaillance d'un fournisseur de services de voyages.

L'assureur couvre, sous réserve des dispositions qui suivent en a) et b), la perte financière due à la défaillance de ce fournisseur, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée et sous réserve d'une subrogation en faveur de l'assureur pour tout montant ainsi payé :

- a) si la défaillance se produit avant le départ, l'assureur rembourse les sommes non remboursables et payées pour le voyage projeté (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement);
- b) si la défaillance survient après le départ, l'assureur rembourse la portion non utilisée et non remboursable des sommes payées à l'avance pour le voyage (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement).

Pour toute information concernant la garantie d'assurance annulation de voyage, la personne assurée peut contacter :

---

<b>Provenance de l'appel</b>	<b>Numéro à composer</b>
Région de Québec	(418) 838-7843
Région de Montréal	(514) 285-7843
Appel sans frais	1 800 463-7843

---

## **RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS**

- 1) Aucun remboursement n'est effectué en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :
  - a) les services ou les soins qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer en totalité ou en partie, sauf dans la mesure où il permet un remboursement excédentaire;
  - b) les services, les soins ou les produits que la personne reçoit gratuitement ou qui sont remboursables en vertu d'une loi provinciale ou fédérale, étant entendu que pour une personne qui n'est pas couverte par les lois en question, l'assureur ne rembourse pas les frais qui auraient normalement été couverts par les lois sur l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée;
  - c) les services, les soins ou les produits administrés à des fins expérimentales;

- d) les frais engagés pour tout ce qui est implanté chirurgicalement, à l'exception des cristallins artificiels s'ils sont couverts par la police;
- e) les services, les soins ou les produits fournis à l'adhérent par l'employeur;
- f) les fauteuils roulants conçus ou adaptés pour permettre la participation à des activités sportives;
- g) les appareils robotisés d'aide à la marche;
- h) les appareils de contrôle tels les stéthoscopes, les sphygmomanomètres ou les autres appareils de même nature ainsi que les accessoires domestiques tels les purificateurs, les humidificateurs, les atomiseurs, les climatiseurs, les baignoires à remous ou autres appareils de même nature;
- i) les équipements de type «Obus Forme»;
- j) les cours, programmes d'exercices, programmes de conditionnement physique sur appareil ou au sol, bains flottants, bains de boue, bains thérapeutiques, exercices de relaxation, exercices en gymnase, séances d'étirement et renforcement, évaluations posturales et bougies auriculaires;
- k) les couches pour incontinence;
- l) les soins dentaires, sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;
- m) les actes dentaires et les fournitures ayant pour but la restauration de la bouche au complet ainsi que la correction de la dimension verticale ou de toute dysfonction temporo-mandibulaire;
- n) les voyages de santé ou les voyages effectués pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- o) les services, les soins ou les produits non inclus dans la liste des frais admissibles;
- p) les frais admissibles qui découlent directement ou indirectement :
  - i) de soins esthétiques;
  - ii) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel;
  - iii) de toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute loi semblable ou en vertu de tout autre régime public;

- iv) d'une guerre, déclarée ou non, du service actif dans les forces armées d'un pays ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
- v) du fait pour l'adhérent d'avoir conduit un véhicule motorisé alors qu'il était sous l'influence de stupéfiants ou que la concentration d'alcool dans son sang excédait la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada; les frais admissibles engagés pour une cure de désintoxication et les frais engagés pour l'achat de médicaments que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments couvrirait ne sont pas visés par la présente;
- q) les frais engagés pour une cure de désintoxication;
- r) les frais engagés pour le traitement de l'infertilité;
- s) les cristallins artificiels;
- t) les examens de la vue, ou pour la vérification de la réfraction oculaire;
- u) les lunettes de soleil ou les lunettes protectrices.

Les prestations peuvent être limitées ou aucun remboursement effectué pour des soins ou produits disponibles dans le réseau de fournisseurs privilégiés mais obtenus d'un autre fournisseur.

## 2) Exclusions applicables aux médicaments

Aucun remboursement n'est effectué en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :

- a) les médicaments n'ayant pas de code d'identification numérique, tel que stipulé dans la Loi des aliments et drogues (Canada);
- b) les médicaments, les hormones, les produits et les injections servant au traitement de l'obésité;
- c) les produits anticonceptionnels (diaphragmes, gelées et mousses contraceptives et prophylactiques, éponges, suppositoires, implants et autres produits ou articles servant à des fins contraceptives) qu'ils soient prescrits ou non à des fins médicales, sauf ceux couverts en vertu de la présente garantie.
- d) les produits suivants, qu'ils soient considérés ou non comme des médicaments :
  - i) les shampooings et les autres produits pour le cuir chevelu, y compris les produits pour la pousse des cheveux;
  - ii) les produits pour soins esthétiques;

- iii) les cosmétiques;
  - iv) les produits dits naturels;
  - v) les préparations homéopathiques;
  - vi) les écrans solaires;
  - vii) les savons;
  - viii) les désinfectants et les pansements usuels;
  - ix) les eaux minérales;
  - x) les préparations de lait de toute nature pour bébés;
  - xi) les vitamines et les minéraux s'administrant par voie orale;
  - xii) les extraits allergisants non injectables, les protéines ou suppléments diététiques (c'est-à-dire les produits servant de supplément ou de complément à l'alimentation);
- e) les médicaments reçus dans le cadre d'un traitement à l'hôpital à titre de malade hospitalisé ou de malade externe;
  - f) les substances utilisées pour injections sclérosantes dans les cas de varicosités, de pinceaux veineux et de dilatation mineure non réellement pathologiques mais considérés comme inesthétiques;
  - g) les produits et les médicaments prescrits pour le traitement de dysfonctions sexuelles;
  - h) les médicaments ou produits antitabac qui ne sont pas couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments ainsi que les frais en excédent du maximum prévu en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments relativement aux médicaments ou produits antitabac;
  - i) les médicaments pour le traitement de l'infertilité sauf ceux couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments;
  - j) les frais qui servent à couvrir la franchise et la coassurance du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments pour les personnes qui sont assurées par ce régime;
  - k) les frais engagés pour l'insémination artificielle;
  - l) les frais engagés pour des soins, produits ou médicaments qui sont utilisés pour traiter des conditions spécifiques autres que celles pour lesquelles ils ont été approuvés par Santé Canada;
  - m) les frais engagés pour des soins, produits ou médicaments qui font l'objet d'une consommation plus élevée que celle prévue par les critères de bonnes pratiques cliniques établis par l'assureur.

Les prestations peuvent être limitées ou aucun remboursement effectué pour des médicaments ou produits disponibles dans le réseau de fournisseurs privilégiés mais obtenus d'un autre fournisseur.

Les exclusions de la présente garantie ne doivent en aucun cas rendre le régime moins généreux sur le plan des prestations que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments.

- 3) Exclusions applicables aux médicaments exigeant une autorisation préalable

L'assureur se réserve le droit d'appliquer certaines restrictions, exclusions et limitations, notamment pour les soins, produits ou médicaments qui ne répondent pas aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur à la date à laquelle les frais sont engagés.

- 4) Restrictions applicables aux médicaments

- a) l'assureur se réserve le droit d'appliquer des restrictions au remboursement de médicaments pour lesquels un médicament équivalent moins cher existe sur le marché;
- b) la quantité des médicaments ou produits achetés ne doit pas dépasser une provision de 100 jours.

- 5) Limitations additionnelles applicables aux médicaments

Pour les médicaments biologiques, l'assureur se réserve le droit de rembourser un médicament biosimilaire moins cher s'il en existe sur le marché.

- 6) Exclusions additionnelles applicables aux médicaments

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

- a) Médicaments ou produits qui sont inscrits sur la liste des médicaments ou produits exclus, disponible sur le site web de l'assureur. Cette liste est établie en fonction, notamment, des données relatives à l'efficacité des médicaments ou produits par rapport aux coûts qui y sont reliés, des lignes directrices de pratique clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé.
- b) Médicaments ou produits considérés par l'assureur comme devant être administrés à l'hôpital ou en milieu hospitalier, notamment ceux nécessitant une surveillance médicale particulière pendant le traitement en raison de la gravité de l'état du patient, de la complexité du traitement ou pour des motifs de sécurité. Afin d'identifier ces médicaments ou produits, l'assureur utilise, sans s'y limiter, les données provenant des monographies de produits approuvées par Santé Canada et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé.



## 7) Exclusions applicables à l'assurance voyage

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

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

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

La personne assurée qui se trouve dans le pays, la région ou l'endroit faisant l'objet d'un avertissement émis en cours de voyage n'est pas visée par la présente exclusion. Elle doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter ce pays, cette région ou cet endroit dès que possible mais au plus tard dans les 14 jours qui suivent l'émission de l'avertissement;

- g) si la personne assurée refuse de divulguer les renseignements nécessaires à l'assureur relativement aux autres régimes d'assurance en vertu desquels elle bénéficie également de garanties d'assurance voyage ou si elle refuse à l'assureur l'utilisation de tels renseignements;
- h) si les frais engagés sont reliés à un état de santé qui n'était pas stable avant la date de début du voyage;
- i) pour les frais engagés pour une grossesse, une fausse couche, un accouchement ou leurs complications, lorsque ces frais sont engagés après les 32 premières semaines de grossesse;
- j) pour tout accident survenant durant le voyage et qui résulte de la pratique par la personne assurée d'une activité sportive contre rémunération (incluant les prix remis en argent), ou d'un sport ou d'une activité représentant un haut degré de risque, notamment :
  - i) le deltaplane et le parapente;
  - ii) le kitesurf, si la personne assurée ne détient pas une qualification IKO de niveau 3 et plus;
  - iii) le parachutisme et la chute libre;
  - iv) le saut à l'élastique (bungee jumping);
  - v) l'escalade pratiquée à l'extérieur et pas en moulinette;
  - vi) l'alpinisme sur une route de difficulté cotée 4 ou 5 sur l'échelle du Yosemite Decimal System;
  - vii) le ski acrobatique pratiqué dans le cadre d'un entraînement, d'une préparation à une compétition ou d'une compétition;
  - viii) le ski hors-piste en dehors des itinéraires balisés ou surveillés d'une station de ski;
  - ix) la plongée autonome en tant qu'amateur, si la personne assurée ne détient pas une qualification de plongeur (au moins le niveau de base) d'une école de plongée certifiée;
  - x) les sports de combat;
  - xi) les courses et les entraînements de véhicules motorisés.

Les prestations d'assurance voyage sont limitées à un maximum viager payable de 5 000 000 \$ par personne assurée.

8) Exclusions additionnelles applicables à l'assurance annulation de voyage

Aucune prestation d'assurance annulation de voyage n'est payable :

- a) si à la date d'achat du voyage ou d'un billet de passager dans tout véhicule de transport public ou à la date du départ, la personne assurée connaissait la raison, incluant une mise en quarantaine, qui l'empêcherait d'entreprendre ou de terminer le voyage projeté;
- b) si la cause invoquée n'empêche pas, hors de tout doute raisonnable, la personne assurée d'entreprendre ou de terminer le voyage projeté;
- c) pour tout accident survenant durant le voyage et qui résulte de la pratique par la personne assurée d'une activité sportive contre rémunération (incluant les prix remis en argent), ou d'un sport ou d'une activité représentant un haut degré de risque, notamment :
  - i) le deltaplane et le parapente;
  - ii) le kitesurf, si la personne assurée ne détient pas une qualification IKO de niveau 3 et plus;
  - iii) le parachutisme et la chute libre;
  - iv) le saut à l'élastique (bungee jumping);
  - v) l'escalade pratiquée à l'extérieur et pas en moulinette;
  - vi) l'alpinisme sur une route de difficulté cotée 4 ou 5 sur l'échelle du Yosemite Decimal System;
  - vii) le ski acrobatique pratiqué dans le cadre d'un entraînement, d'une préparation à une compétition ou d'une compétition;
  - viii) le ski hors-piste en dehors des itinéraires balisés ou surveillés d'une station de ski;
  - ix) la plongée autonome en tant qu'amateur, si la personne assurée ne détient pas une qualification de plongeur (au moins le niveau de base) d'une école de plongée certifiée;
  - x) les sports de combat;
  - xi) les courses et les entraînements de véhicules motorisés;
- d) pour les frais engagés pour une grossesse, une fausse-couche, un accouchement ou leurs complications, lorsque ces frais sont engagés dans les deux mois qui précèdent la date normale prévue pour l'accouchement;

- e) pour tout accident ou maladie survenu lorsque la personne effectuait son voyage à l'aide d'un véhicule commercial et qu'elle voyageait en tant que conducteur, pilote, membre de l'équipage ou passager non payant; la présente exclusion ne s'applique pas si le véhicule était utilisé uniquement comme moyen de transport privé lors de vacances et si ce véhicule était une automobile ou une camionnette (ou un camion) avec une capacité maximale de 1 000 kilogrammes;
- f) pour le décès ou les frais engagés à la suite de manoeuvres d'entraînement des forces armées ainsi que pour la partie des frais remboursables par une régie ou un organisme gouvernemental consécutivement au décès ou aux frais engagés relativement à tout accident non spécifiquement exclu par le présent article;
- g) pour tout événement survenu dans un pays, une région ou un endroit pour lesquels le gouvernement du Canada a émis, avant la date de début du voyage, un des avertissements suivants :
  - i) éviter tout voyage non essentiel; ou
  - ii) éviter tout voyage.

La personne assurée qui se trouve dans le pays, la région ou l'endroit faisant l'objet d'un avertissement émis en cours de voyage n'est pas visée par la présente exclusion. Elle doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter ce pays, cette région ou cet endroit dès que possible mais au plus tard dans les 14 jours qui suivent l'émission de l'avertissement;

- h) si un voyage est entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou blessée et que la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne résulte en une annulation ou en un retour prématuré ou retardé;
- i) pour la portion d'un voyage remboursée par le fournisseur de services de voyage sous forme de crédits-voyage;
- j) pour toute défaillance d'un fournisseur de services de voyage n'ayant pas de bureau au Canada et ne détenant pas tous les permis et certificats d'exploitation requis par les autorités canadiennes compétentes;
- k) pour les frais engagés pour une excursion, une sortie ou une activité d'un jour ou moins que la personne assurée avait prévu faire pendant le voyage mais qu'elle annule.

Advenant une cause d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé auprès de l'agence de voyage ou du transporteur concerné au plus tard 48 heures après le jour où la cause d'annulation survient, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié, et l'assureur doit en être avisé au même moment. La responsabilité de l'assureur est limitée aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage 48 heures après la date de la cause de l'annulation, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié.

Pour le présent contrat, l'engagement de l'assureur est limité à 1 000 000 \$ pour toutes les demandes de prestations engagées à la suite de la défaillance d'un même fournisseur de services de voyage, quel qu'il soit, puis à 3 000 000 \$ par année civile pour toutes les demandes de prestations engagées pour l'ensemble des défaillances de fournisseurs de services de voyage.

## **COORDINATION DES PRESTATIONS**

La présente garantie est assujettie à la disposition relative à la COORDINATION DES PRESTATIONS de la section DEMANDES DE PRESTATIONS du contrat et aux dispositions ci-dessous.

Le montant total des prestations versées en vertu de la présente garantie et, s'il y a lieu, des garanties ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ADHÉRENT et ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DES PERSONNES À CHARGE du contrat ne peut jamais excéder le montant des frais assurés effectivement engagés.

Si les frais engagés par la personne assurée sont admissibles à un remboursement en vertu de la présente garantie et, s'il y a lieu, des garanties ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ADHÉRENT et ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DES PERSONNES À CHARGE du contrat, le remboursement prévu par les garanties d'ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES doit être effectué en premier lieu, la présente garantie limitant alors la responsabilité de l'assureur au solde des frais admissibles.

## **FIN DE LA GARANTIE**

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

## **PROLONGATION DE L'ASSURANCE APRÈS LA CESSATION**

Si l'adhérent est totalement invalide ou si une personne à charge est hospitalisée à la date à laquelle l'assurance de l'adhérent prend fin pour une raison autre que la résiliation du contrat, des remboursements seront effectués comme si l'assurance n'avait pas pris fin à l'égard de cette personne, relativement à tous les frais admissibles engagés par suite de cette invalidité ou hospitalisation avant la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'invalidité totale de l'adhérent prend fin;
- 2) la date à laquelle la personne à charge n'est plus hospitalisée;
- 3) le 91<sup>e</sup> jour qui suit la date à laquelle l'assurance de l'adhérent prend fin;
- 4) la date de cessation de la présente garantie.

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

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

- 1) la date à laquelle 24 mois se sont écoulés après la date du décès de l'adhérent;
- 2) la date à laquelle la personne à charge cesse d'être admissible pour une autre raison que le décès de l'adhérent;
- 3) la date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin si l'adhérent n'était pas décédé;
- 4) la date de la fin de la garantie ou du contrat.

## **DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE**

Toute demande de prestations autre que pour des médicaments doit être accompagnée des pièces justificatives appropriées et être adressée à l'assureur avant la fin d'une période de 120 jours consécutifs suivant la date où les frais ont été engagés. De plus, un avis écrit doit être transmis à l'assureur au cours des 120 jours qui suivent immédiatement la date de tout accident en raison duquel l'adhérent doit soumettre une demande de prestations.

Par la suite, une preuve écrite jugée satisfaisante par l'assureur attestant la continuation de l'invalidité totale doit lui être remise chaque fois qu'il en fait la demande.

## REMBOURSEMENT DES FRAIS DE MÉDICAMENTS

Lorsqu'elle engage des frais de médicaments, la personne assurée doit présenter au pharmacien la carte du service de paiement. Grâce à ce mode de paiement, dit direct, la personne assurée ne paie au pharmacien que la partie non assurée des frais de médicaments qu'elle engage et l'adhérent n'a donc pas à présenter de demandes de remboursement à l'assureur.

## REMBOURSEMENT SUITE À UNE ANNULATION DE VOYAGE

Les preuves justificatives suivantes doivent accompagner toute demande de prestations ou parvenir à l'assureur dans les 90 jours qui suivent la demande :

- 1) titres de transport inutilisés;
- 2) reçus officiels pour les frais du voyage de retour (autres que ceux du voyage de retour prévu lors de l'achat du voyage initial);
- 3) reçus pour les arrangements terrestres; les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'un agent de voyage ou d'une compagnie accréditée, contrats dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement;
- 4) document officiel attestant la cause de l'annulation; si l'annulation est due à des raisons médicales, la personne doit fournir un certificat médical rédigé par le médecin traitant de la localité où l'accident ou la maladie se sont produits; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet et préciser les raisons exactes pour lesquelles le voyage a dû être annulé.

## ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

### DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Année civile désigne la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre inclusivement.

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

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

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

### ADHÉSIONS TARDIVES

L'assureur n'exige pas de preuves d'assurabilité pour la présente garantie, même lorsqu'un adhérent soumet une demande d'adhésion, pour lui-même ou pour ses personnes à charge, plus de 90 jours après la date d'admissibilité applicable. Toutefois, dans tous les cas, l'assureur limite le montant des prestations payables ainsi qu'il est indiqué à l'article RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS de la présente garantie.

### OBJET DE LA GARANTIE

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

Pour être admissibles, les soins doivent être :

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



Les frais admissibles sont réputés avoir été engagés à la date à laquelle le service a été rendu ou à la date à laquelle les fournitures ont été obtenues. Toutefois, en ce qui concerne un pont, une couronne ou une prothèse, l'assureur considère la date de pose de l'appareil comme étant la date à laquelle les frais ont été engagés, et en ce qui concerne les traitements de canaux, l'assureur considère la date du dernier traitement comme étant la date à laquelle les frais ont été engagés.

## **DÉBUT DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE**

Si l'entrée en vigueur de l'assurance d'une personne à charge est retardée parce qu'elle est hospitalisée le jour où l'assurance doit normalement entrer en vigueur, cette personne ne devient assurée que 24 heures après son retour au domicile de l'adhérent. Toutefois, un nouveau-né d'un adhérent dont les personnes à charge sont déjà assurées devient assuré dès sa naissance.

## **FRANCHISE**

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

## **POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT**

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

## **FRAIS ADMISSIBLES AU CANADA**

### **SOINS DE PRÉVENTION – Remboursables à 100 %**

#### **PRÉVENTION ET DIAGNOSTIC**

- Examen buccal complet, **une fois tous les 5 ans**
- Examen buccal de rappel, **2 fois par année**
- Examen dentaire pour les enfants âgés de moins de 10 ans, non remboursable par le régime public de l'assurance maladie du Québec, **1 fois par année**
- Examen buccal spécifique
- Examen buccal d'urgence
- Examen buccal de consultation
- Biopsies

- Pellicules interproximales, **2 fois par année**
- Pellicules intra-orales
- Pellicule panoramique extra-orale, **une fois tous les 5 ans**
- Polissage, **2 fois par année**
- Application de fluorure, **2 fois par année** (pour les enfants à charge de moins de 18 ans)
- Scellants de puits et fissures, sur les surfaces occlusales des dents postérieures (pour les enfants à charge de 6 à 13 ans)
- Meulage interproximal
- Traitements d'urgence
  - ouverture
  - réimplantation d'une dent
  - reposition d'une dent
  - incision et drainage d'abcès

#### **SOINS DE BASE – Remboursables à 80 %**

##### RESTAURATION

- Restauration en composite et en amalgame, incluant les tenons (les restaurations en composite des dents postérieures, prémolaires et des molaires, sont cependant remboursées à 50 %, ainsi qu'il est indiqué à la partie LIMITATIONS afférentes aux frais dentaires du TABLEAU DES GARANTIES).
- Couronnes en acier inoxydable ou en polycarbonate

##### ENDODONTIE

- Coiffage de pulpe
- Meulage
- Pulpotomie
- Pulpotomie d'urgence
- Traitement de canal
- Apexification
- Apectomie et obturation rétrograde
- Amputation de racine

- Hémisection
- Débridement
- Réimplantation intentionnelle

## PARODONTIE

- Traitement de la gencive, de l'os et des tissus entourant la dent
- Curetage du périodonte, **une fois par année**
- Détartrage préventif, **2 fois par année**

Si préventif : 1 par période de 6 mois. Si à des fins thérapeutiques: 12 unités de temps par année civile.

## CHIRURGIE BUCCALE

- Extractions - sans complications et complexes
- Alvéolectomie
- Alvéoloplastie
- Ablation de kyste ou d'une tumeur
- Frénectomie
- Tubéroplastie
- Ablation de surplus de muqueuse
- Ablation de tissu hyperplasique
- Réparation d'une lacération de tissu mou
- Traitement des glandes salivaires

## SOINS MAJEURS

### PROSTHODONTIE – Remboursables à 80 %

- Réparation d'une dent sur une prothèse amovible ou sur un pont fixe
- Ajustement d'une dent sur une prothèse amovible ou sur un pont fixe
- Remplacement d'une dent sur une prothèse amovible ou sur un pont fixe
- Addition d'une dent sur une prothèse amovible ou sur un pont fixe
- Regarnissage d'une prothèse amovible ou d'un pont fixe
- Rebasage d'une prothèse amovible ou d'un pont fixe

## **PROSTHODONTIE – Remboursables à 50 %**

- Installation initiale d'une prothèse complète
- Installation initiale d'une prothèse partielle
- Installation initiale d'un pont fixe
- Remplacement d'une prothèse complète
- Remplacement d'une prothèse partielle
- Remplacement d'un pont fixe
- Rétention d'un pont fixe
- Support d'un pont fixe
- Couronne (autre qu'en acier inoxydable ou en polycarbonate)

Les frais d'une prothèse dentaire permanente initiale (telle que pont fixe, prothèse amovible partielle ou complète) sont couverts si l'achat est rendu nécessaire en raison de l'extraction d'au moins une dent naturelle.

Les frais de remplacement d'une prothèse dentaire (telle que pont fixe, prothèse amovible partielle ou complète) déjà en place par une prothèse permanente sont couverts si :

- a) le remplacement est rendu nécessaire
- b) la prothèse déjà en place date d'au moins 5 ans, ou
- c) la prothèse déjà en place est temporaire et est remplacée par une prothèse permanente dans les 12 mois suivant la date de l'installation de la prothèse temporaire. En ce qui concerne le remboursement de la prothèse permanente qui remplace la prothèse temporaire, le montant de remboursement est réduit du montant déjà remboursé par l'assureur pour la prothèse temporaire.

Une prothèse temporaire qui date d'au moins 12 mois est considérée comme une prothèse permanente pour les fins d'application de cette clause.

## **FRAIS ADMISSIBLES HORS DU CANADA**

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

## **RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS**

Dans le cas d'une demande d'adhésion tardive pour l'adhérent ou ses personnes à charge ainsi qu'il est indiqué à la partie ADHÉSION TARDIVE de la présente garantie, le remboursement des frais de soins dentaires est limité à 250 \$ par personne assurée pendant les 12 premiers mois d'assurance.

Aucun remboursement n'est effectué relativement à toute partie des frais engagés excédant les frais suggérés dans le guide des tarifs approprié ainsi qu'il est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES. Lorsque deux ou plusieurs traitements sont disponibles pour corriger adéquatement une condition dentaire, ce régime remboursera le traitement le moins coûteux qui donne un résultat approprié du point de vue professionnel, à l'exception des prothèses partielles ou complètes amovibles.

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

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

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

- 1) les soins dentaires reçus à des fins esthétiques lorsque la forme et la fonction des dents sont satisfaisantes et qu'aucun état pathologique n'existe;
- 2) les frais engagés relativement à l'analyse de la diète et aux recommandations, à l'hygiène buccale et au programme de contrôle de la plaque dentaire;
- 3) les frais engagés pour des soins, des fournitures dentaires, y compris les radiographies, visant la reconstruction de la bouche entière, la correction de l'espace vertical, la restauration de l'occlusion ou la correction du dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire, ou pour un jumelage permanent des dents;
- 4) les frais imposés par un dentiste pour les rendez-vous auxquels la personne assurée néglige de se présenter et les frais engagés pour faire remplir des demandes de remboursement ou pour les consultations par téléphone;
- 5) les frais engagés pour des cultures/frottis bactériologiques suivis d'un traitement par Chlorzoïn;

- 6) les frais engagés pour des implants;
- 7) les frais engagés pour des duplicatas de modèles de diagnostic (non montés);
- 8) les frais engagés pour des anesthésies par acupuncture;
- 9) les soins dentaires qui ne sont pas encore approuvés par l'Association dentaire canadienne ou qui sont dispensés à des fins expérimentales seulement;
- 10) les services, soins ou produits dentaires que la personne a reçus gratuitement ou qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer;
- 11) les services, les soins ou les produits fournis à l'adhérent par l'employeur;
- 12) tout traitement reçu en dehors du Canada, sauf les soins d'urgence prévus dans la disposition relative aux FRAIS ADMISSIBLES HORS DU CANADA;
- 13) les services et fournitures dentaires non inclus dans la liste des frais admissibles;
- 14) les frais admissibles qui découlent directement ou indirectement :
  - a) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel;
  - b) de toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable ou de tout autre régime public;
  - c) d'une guerre, déclarée ou non, du service actif dans les forces armées d'un pays, ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire.

#### EXCLUSIONS AFFÉRENTES AUX PROTHÈSES ET AUX COURONNES

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

- 1) les frais relatifs au remplacement de prothèses et d'appareils perdus, égarés ou volés;
- 2) les prothèses avec des attaches de précision ou des rupteurs de force;
- 3) les attaches de précision et les couronnes télescopiques pour les ponts fixes;
- 4) les chapes de transfert pour une couronne.

## **COORDINATION DES PRESTATIONS**

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

## **ÉVALUATION PRÉALABLE DES PRESTATIONS**

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

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

## **FIN DE LA GARANTIE**

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

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

## **DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE**

### **CARTE DE PAIEMENT**

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

Dans le cas d'un dentiste non participant, la personne assurée doit déboursier la totalité des honoraires pour les traitements reçus et l'adhérent doit soumettre une demande de prestations à l'assureur. Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces justificatives et être adressées à l'assureur à chaque période de 120 jours, dans la mesure où le montant de la demande le justifie et avant la fin d'une période de 12 mois consécutifs suivant la date où les frais ont été engagés.

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



## CENTRE D'APPELS

---

---

**La personne assurée peut communiquer en tout temps avec le centre d'appel.**

### ASSURANCE VIE

<b>Provenance de l'appel</b>	<b>Numéro à composer</b>
Sans frais	1 888 326-4553
Région de Montréal	(514) 285-7996
Région de Québec	(418) 838-7660

---

### ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE, FRAIS DENTAIRES ET ACCIDENT VOYAGE

<b>Provenance de l'appel</b>	<b>Numéro à composer</b>
Sans frais	1 800 463-7843
Région de Montréal	(514) 285-7843
Région de Québec	(418) 838-7843

---

---

### ASSURANCE SALAIRE

<b>Provenance de l'appel</b>	<b>Numéro à composer</b>
Sans frais	1 877 463-7750
Région de Montréal	(514) 285-7750
Région de Québec	(418) 838-7750

---

## **COMPTE DE DÉPENSES DE FRAIS DE SANTÉ (CDFS)**

### **DESCRIPTION DU CDFS**

Tous les ans au début de l'année de régime CDFS, une somme d'argent déterminée, indiquée au Tableau des garanties sous Montant de crédit alloué, est mise de côté par l'employeur pour financer (créditer) le CDFS de l'employé. Le montant alloué aux nouveaux employés est proportionnel au nombre de mois de service à partir de la fin du délai d'admissibilité jusqu'à la fin de l'année de régime CDFS.

Les employés admissibles peuvent utiliser le CDFS pour payer un certain nombre de frais reliés aux soins de la santé, pour eux-mêmes et leurs personnes à charge admissibles, qui ne sont pas couverts ou qui dépassent les maximums alloués par le contrat. Deux conditions s'appliquent : les frais relatifs aux soins de santé doivent être permis par l'Agence du revenu du Canada (ARC) et ne doivent pas être couverts, ou le montant couvert doit dépasser le maximum alloué en vertu de tout régime d'assurance privé, collectif ou public.

Tous les frais admissibles, en ce qui concerne les employés admissibles et leurs personnes à charge admissibles, seront déterminés et remboursés aux employés par Desjardins Sécurité financière, agissant au nom de l'employeur, jusqu'à concurrence du maximum déposé dans le CDFS. La somme remboursée pour les frais admissibles soumis sera déduite (débitée) du solde du CDFS.

### **ADMISSIBILITÉ DES PERSONNES À CHARGE**

Le conjoint ou les enfants à charge de l'employé, selon la définition donnée par le contrat, sont couverts en vertu du CDFS. Pour avoir droit à un remboursement, il n'est pas obligatoire que le conjoint ou les enfants à charge de l'employé soient assurés en vertu du contrat d'assurance collective.

L'employé et ses personnes à charge sont couverts en vertu du CDFS lorsque l'employé adhère au régime d'assurance collective.

### **CRÉDITS CDFS**

Chaque année, l'employeur versera au CDFS de l'employé le montant qui figure au Tableau des garanties sous Montant de crédit alloué.

### **Report de crédit**

Au cours de l'année de régime CDFS, le CDFS de l'employé sera débité de tout montant remboursé du compte, conformément aux dispositions du compte. À la fin de l'année de régime CDFS, le solde non utilisé (crédits) sera reporté à l'année de régime CDFS suivante seulement.

Les crédits non utilisés de l'année de régime CDFS précédente seront utilisés les premiers pour payer des frais admissibles engagés au cours de l'année de régime CDFS courante.

Les crédits de l'année de régime CDFS courante seront utilisés lorsque ceux de l'année de régime CDFS précédente seront épuisés.

Si, au cours de l'année de régime CDFS courante, les demandes de remboursement dépassent le montant des crédits dans le CDFS, l'employé ne pourra pas reporter les demandes de remboursement à l'année de régime CDFS suivante pour ce qui est des frais qui ne sont pas remboursés dans l'année de régime CDFS courante.

À la fin de la deuxième année de régime CDFS, l'employé perdra toute partie non utilisée du dépôt de l'année précédente car le solde du compte ne peut être reporté que d'une année seulement.

## **CDFS – FRAIS ADMISSIBLES**

Les employés peuvent utiliser le CDFS pour payer tous les frais relatifs aux soins de santé qui sont admissibles à un crédit d'impôt pour frais médicaux en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu.

L'ordonnance d'un médecin ou d'un autre praticien est requise pour la plupart des frais. Certaines conditions ou limites peuvent s'appliquer.

L'ARC révisé périodiquement les dispositions relatives au Crédit d'impôt pour frais médicaux et en conséquence, les renseignements fournis dans ce régime CDFS peuvent aussi changer. Desjardins Sécurité financière administrera en tout temps le CDFS conformément aux dispositions requises par l'ARC.

Vous pouvez obtenir une copie de la liste courante complète des frais médicaux admissibles en communiquant avec l'Agence du revenu du Canada au 1-800-959-8281 ou en visitant le site Internet à [www.cra-arc.gc.ca](http://www.cra-arc.gc.ca) sous Formulaires et publications, cherchez IT519R2.

## **DEMANDES DE REMBOURSEMENT**

Sur réception d'une preuve satisfaisante qu'une personne admissible a engagé des frais admissibles alors qu'elle est couverte en vertu du CDFS, Desjardins Sécurité financière remboursera les frais jusqu'à concurrence du maximum disponible dans le CDFS de l'employé. Desjardins Sécurité financière n'est pas responsable de tout montant qui excède la somme indiquée au Tableau des garanties.

Les frais admissibles sont considérés comme ayant été engagés à la date où le service ou la fourniture a été fourni.

Les demandes de remboursement doivent être soumises dans l'année de régime CDFS où les frais admissibles ont été engagés. Les frais admissibles doivent être soumis au plus tard le 31 août qui suit la fin de l'année de régime CDFS, sinon ils ne seront plus admissibles au remboursement en vertu du CDFS.

## **ORDRE DE SOUMISSION DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT ET COORDINATION DES PRESTATIONS**

Pour être admissible à un remboursement en vertu du CDFS, la Loi de l'impôt sur le revenu stipule que les frais ne doivent pas être couverts en vertu de tout autre régime d'assurance privé, collectif ou public ou que le montant couvert doit dépasser le maximum permis en vertu de ces régimes.

Pour obtenir la meilleure valeur du CDFS, il est recommandé de soumettre les demandes de remboursement dans l'ordre suivant :

- 1) Soumettre les demandes de remboursement par l'intermédiaire du régime en vertu duquel vous êtes couvert en tant qu'employé. La même procédure s'applique à votre conjoint. Les demandes de remboursement pour les enfants à charge doivent d'abord être soumises au régime du parent qui a une assurance pour enfants à charge. Si les deux parents ont une telle protection, les demandes de remboursement doivent être soumises au régime du parent dont l'anniversaire de naissance tombe en premier dans l'année civile.
- 2) Tout solde restant est soumis au régime du conjoint pour une coordination des prestations.
- 3) Tout solde impayé restant est soumis au CDFS.

De même, lorsqu'un employé soumet une demande de remboursement de frais médicaux ou dentaires couverts en vertu du régime d'assurance collective de l'employé associé au CDFS, Desjardins Sécurité financière paiera tout montant qui n'est pas couvert en vertu de la police d'assurance collective à même le CDFS de l'employé à moins d'indication contraire sur le formulaire de demande de remboursement soumis par l'employé.

Les prestations payables en provenance de toutes les sources ne peuvent jamais dépasser 100 % des frais engagés.

Les reçus originaux seront requis à moins que la demande de remboursement n'ait été pour des frais partiellement payés par un autre régime. Dans ce cas, le relevé de prestations (généralement joint au talon du chèque) doit être soumis.

## **RÉSILIATION DE LA PROTECTION**

La protection en vertu du CDFS prend fin à la date à laquelle les garanties en vertu de la police d'assurance collective prennent fin.

La protection est suspendue en cas de mise à pied, grève ou congés durant lesquels les garanties d'assurance ne sont pas maintenues. Toutefois, les soldes non utilisés du CDFS sont réactivés si l'employé retourne au travail au cours de la même année de régime CDFS.

Aucun remboursement n'est payable pour des frais engagés après la date de résiliation de la protection.

Les frais engagés doivent être soumis dans les 30 jours qui suivent la date de la résiliation de la protection.

## **CESSATION D'EMPLOI**

Lors de la cessation d'emploi, seuls les frais admissibles engagés avant la date de cessation peuvent être soumis en vertu du CDFS. Tout solde restant sera perdu. Les frais doivent être soumis dans les 90 jours qui suivent la date de cessation d'emploi mais en aucun cas, plus de 30 jours suivant la fin de l'année de régime CDFS au cours de laquelle la cessation a eu lieu.

## **Réembauche**

Lors d'une réembauche au cours de la même année de régime CDFS que l'année de la cessation d'emploi, les crédits non utilisés du CDFS seront réactivés. Aucun crédit proportionnel ne sera alloué, même si le solde du CDFS était nul à la date de cessation. Un employé réembauché n'aura pas droit à un crédit annuel supérieur au montant du crédit prédéterminé pour la même année de régime CDFS.

## **RETRAITE**

À la retraite, tout solde qui reste dans le compte de l'employé pour l'année de régime CDFS courante peut seulement être utilisé pour payer les frais admissibles engagés avant la date de la retraite.

## **STATUT FISCAL**

### 1) Agence du revenu du Canada (tous les employés)

Les demandes de remboursement payées à l'aide du CDFS sont considérées comme un revenu non imposable. Toutefois, les frais reliés aux soins de santé payés à l'aide du CDFS de l'employé ne peuvent pas être inclus dans le calcul du crédit d'impôt de l'employé pour frais médicaux.

### 2) Ministère du Revenu du Québec (employés du Québec seulement)

Les demandes de remboursement payées à l'aide du CDFS sont considérées comme un revenu imposable. Les frais d'administration, les taxes de vente et la taxe sur l'assurance sont également ajoutés au revenu imposable de l'employé.

Le revenu imposable total figurera sur le feuillet RL-1 de l'employé de l'année au cours de laquelle la demande de remboursement a été payée. Le revenu imposable des demandes de remboursement soumises après le 31 décembre de l'année au cours de laquelle les frais médicaux ont été engagés, sera inclus sur le feuillet RL-1 de l'employé de l'année suivante.

Le montant total peut être inclus dans le calcul du crédit d'impôt pour frais médicaux de l'employé.

## BON À SAVOIR

### DEMANDES POUR SOINS MÉDICAUX ET DENTAIRES

Il y a 2 façons de communiquer avec nous pour toute question concernant les frais admissibles en vertu de l'assurance accident-maladie ou l'assurance frais dentaires :

**Par courriel à :** Servicecollectif@dsf.ca

**Par téléphone au :** 1 800 463-7843

Pour une meilleure expérience client, il est important d'avoir en main le numéro de police et le numéro de certificat lorsqu'un agent est disponible pour répondre à l'appel.

### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Pour obtenir toute autre information, l'adhérent est invité à visiter le site de Desjardins Sécurité financière à [www.desjardinsassurancevie.com](http://www.desjardinsassurancevie.com) sous l'onglet « Nous joindre ».

### BÉNÉFICIAIRE

**Cette clause retire ou restreint le droit de l'adhérent de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes sont payables :**

Seules les garanties qui prévoient des prestations en cas de décès de l'adhérent sont sujettes à la désignation de bénéficiaire(s) qui est alors la même pour l'ensemble de ces garanties.

### ACCÈS À LA POLICE D'ASSURANCE COLLECTIVE

L'adhérent peut demander à Desjardins Sécurité financière d'obtenir une copie de sa demande d'adhésion, de son rapport d'assurabilité et de la police.

## COMMENT DÉPOSER UNE PLAINTE

Si l'adhérent n'est pas satisfait pour quelque chose que nous avons dit ou fait, ou s'il estime avoir été lésé ou s'il veut que nous corrigions une situation, il peut déposer une plainte auprès de l'Officier du règlement des différends de Desjardins Sécurité financière. Le rôle de cet officier consiste à évaluer le bien-fondé des décisions et des pratiques de l'entreprise lorsqu'un de ses clients estime qu'il n'a pas obtenu le service auquel il avait droit.

Il peut joindre l'Officier du règlement des différends de trois façons :

**Par écrit, à l'adresse suivante :**

Officier du règlement des différends  
Desjardins Sécurité financière,  
200, rue des Commandeurs  
Lévis (Québec) G6V 6R2

**Par courriel à : [officierplaintes@dsf.ca](mailto:officierplaintes@dsf.ca)**

**Par téléphone au : 1 877 938-8184**

Pour obtenir des renseignements additionnels sur la procédure à suivre en cas de plainte ou pour obtenir notre formulaire de plainte, l'adhérent est invité à visiter le site de Desjardins Sécurité financière à [www.desjardinsassurancevie.com](http://www.desjardinsassurancevie.com) sous l'onglet « Nous joindre ».

## Notre engagement envers vous

Nous sommes toujours là pour répondre à vos questions. Vous pouvez compter sur notre équipe chevronnée pour vous fournir un service hors pair et traiter vos demandes avec efficacité. Nous veillons à votre bien-être et vous procurons un soutien financier au moment où vous en avez le plus besoin.

**[desjardinsassurancevie.com/adherent](https://desjardinsassurancevie.com/adherent)**



DESJARDINS ASSURANCES désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. DESJARDINS, DESJARDINS ASSURANCES et les marques de commerce associées sont des marques de commerce de la Fédération des caisses Desjardins du Québec utilisées sous licence par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. 200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2 / 1 866 647-5013 [desjardinsassurancevie.com](https://desjardinsassurancevie.com)