



**360°** MC | ASSURANCE  
COLLECTIVE

## Votre régime d'assurance collective

**PROLINK GROUP SERVICES**

**Police n° 540845**

Fière partenaire de



FONDATION MC  
DES MALADIES  
DU COEUR  
ET DE L'AVC



**Desjardins**  
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

# **Votre contrat d'assurance collective**

**PROLINK GROUP SERVICES**

**Police n° 540845**

**Pour toute information concernant les demandes de remboursement, l'administration ou la facturation, veuillez communiquer avec le :**

**Centre de contact avec la clientèle**

**Numéro sans frais : 1-800-263-1810**

**Vous pouvez aussi obtenir des formulaires de remboursement et d'autres renseignements en direct à l'adresse suivante :**

**[www.desjardinssecuritefinanciere.com](http://www.desjardinssecuritefinanciere.com)**

**Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de votre police d'assurance collective. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.**

**Cette version électronique de la brochure a été mise à jour le 1<sup>er</sup> janvier 2017. 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

TABLEAU DES GARANTIES	1
DÉFINITIONS	15
ADMISSIBILITÉ	18
PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE ET EXONÉRATION DES PRIMES	19
CESSATION DE L'ASSURANCE	23
DEMANDES DE PRESTATIONS	24
ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT	26
ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ADHÉRENT	31
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT	38
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT DE L'ADHÉRENT	40
ASSURANCE MALADIES GRAVES FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT (PLAN ENRICHÉ)	42
ASSURANCE MALADIES GRAVES FACULTATIVE DU CONJOINT DE L'ADHÉRENT (PLAN ENRICHÉ)	62
ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE DE L'ADHÉRENT	82
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT	90
ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE – RÉGIMES A ET B	99
ASSURANCE MÉDICAMENTS – RÉGIME C	123
ASSURANCE FRAIS DENTAIRES	130

## TABLEAU DES GARANTIES

### DISPOSITIONS GÉNÉRALES

**Adhésion :** Facultative

#### Conditions d'admissibilité

**Effectivement au travail :** Doit être un membre de « The PROLINK Group Services Program » et accomplir les tâches habituelles de la fonction ou du mandat pour lequel ce membre est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation ou de son expérience.

**Délai d'admissibilité :** Le premier jour suivant l'approbation par la tarification des risques médicaux.

#### Exonération des primes

**Garanties d'assurance  
faisant l'objet de  
l'exonération des primes  
en cas d'invalidité  
totale :**

- Assurance vie de base de l'adhérent;
- assurance mort et mutilation accidentelles de l'adhérent;
- assurance vie facultative de l'adhérent;
- assurance vie facultative du conjoint de l'adhérent;
- assurance maladies graves facultative de l'adhérent (plan enrichi);
- assurance maladies graves facultative du conjoint de l'adhérent (plan enrichi);
- assurance salaire de courte durée de l'adhérent;
- assurance salaire de longue durée de l'adhérent.

**Début de l'exonération :** Le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant 6 mois d'invalidité totale.

## ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

**Montant de l'assurance :** 50 000 \$

**Maximum sans preuves d'assurabilité :** Tous les montants d'assurance requièrent des preuves d'assurabilité.

**Fin de la garantie :**

**Âge limite :** Le 70<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**

**Montant de l'assurance :** Tout montant d'assurance par tranche de 10 000 \$ avec un minimum de 20 000 \$ et un maximum de 1 000 000 \$. Ce montant maximum est combiné avec le montant maximum de l'assurance vie de base de l'adhérent.

### **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 DU CONJOINT DE L'ADHÉRENT**

**Montant de l'assurance :** Tout montant d'assurance par tranche de 10 000 \$ avec un minimum de 20 000 \$ et un maximum de 1 000 000 \$.

### **Fin de la garantie :**

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

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

**Montant de l'assurance :** 50 000 \$

**Maximum sans preuves d'assurabilité :** Tous les montants d'assurance requièrent des preuves d'assurabilité.

**Fin de la garantie**

**Âge limite :** Le 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite, selon la première éventualité.

**ASSURANCE MALADIES GRAVES FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT (PLAN ENRICH)**

**Montant de l'assurance :** Tout montant d'assurance par tranche de 10 000 \$ avec un minimum de 20 000 \$ et un maximum de 1 000 000 \$.

**Maximum sans preuves d'assurabilité :** 20 000 \$

**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 MALADIES GRAVES FACULTATIVE DU CONJOINT DE L'ADHÉRENT (PLAN ENRICH)**

**Montant de l'assurance :** Tout montant d'assurance par tranche de 10 000 \$ avec un minimum de 20 000 \$ et un maximum de 1 000 000 \$.

**Maximum sans preuves d'assurabilité :** 20 000 \$

**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 SALAIRE DE COURTE DURÉE DE L'ADHÉRENT

*Les prestations sont payables seulement si l'adhérent touchait un revenu égal ou supérieur à 25 000 \$ pendant les 12 mois précédant la date de son invalidité.*

**Maximum avec preuves  
d'assurabilité :**

250 \$

**Maximum sans preuves  
d'assurabilité :**

Tous les montants d'assurance requièrent des preuves d'assurabilité.

**Intégration à l'assurance  
emploi :**

Aucune

**Délai de carence :**

Aucun en cas d'accident  
14 jours en cas de maladie  
Aucun en cas d'hospitalisation.

**Base de paiement :**

7 jours (calendrier)

**Durée maximale des  
prestations :**

26 semaines

**Imposition des  
prestations :**

Non imposables

### **Cessation du versement des prestations**

**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 SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT

*Les prestations sont payables seulement si l'adhérent touchait un revenu égal ou supérieur à 25 000 \$ pendant les 12 mois précédant la date de son invalidité.*

**Maximum des prestations :**

**RÉGIME DE BASE EN ILD**  
(Offert à tous les membres)

1 250 \$

**RÉGIME FACULTATIF 1A EN ILD**  
(Offert seulement aux membres ayant un revenu minimum annuel de 40 000 \$)

2 000 \$

**RÉGIME FACULTATIF 1B EN ILD**  
(Offert seulement aux membres ayant un revenu minimum annuel de 60 000 \$)

3 000 \$

**Maximum sans preuves d'assurabilité :**

Tous les montants d'assurance requièrent des preuves d'assurabilité.

**Délai de carence :**

180 jours ou la fin de la période maximale de prestations d'assurance salaire de courte durée.

**Durée maximale des prestations :**

Jusqu'à l'âge de 65 ans.

**Imposition des prestations :**

Non imposables

**Cessation du versement des prestations**

**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 ACCIDENT-MALADIE – RÉGIME A

### Montant de la franchise

<b>Ticket modérateur pour les médicaments :</b>	Aucune
<b>Frais d'hospitalisation :</b>	Aucune
<b>Assurance voyage :</b>	Aucune
<b>Soins de la vue :</b>	Aucune
<b>Pour tous les autres frais :</b>	Aucune

### Carte de paiement pour les médicaments :

Carte de paiement direct

### Pourcentage de remboursement

<b>Médicaments :</b>	<u>Médicaments génériques</u> : 80 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché <u>Médicaments de marque</u> : <ul style="list-style-type: none"><li>• 80 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché</li><li>• 80 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché</li></ul>
<b>Frais d'hospitalisation :</b>	100 %
<b>Assurance voyage :</b>	100 %
<b>Malade dirigé :</b>	80 %
<b>Soins de la vue :</b>	100 %
<b>Pour tous les autres frais :</b>	80 %

**Limite des frais  
admissibles**

**Médicaments :**

- **marge bénéficiaire :** Frais usuels et raisonnables
- **honoraires pour l'exécution de l'ordonnance :** Frais non couverts
- **maximum :** Jusqu'à concurrence d'un montant payable de 10 000 \$ par année civile par personne assurée.

**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 :**

- **Établissement spécialisé en soins palliatifs :** Montant payable de 40 \$ par jour et d'un maximum de 60 jours.
- **Maison de convalescence ou de réadaptation :** Montant payable de 40 \$ par jour et d'un maximum combiné de 180 jours par période d'hospitalisation.

**Soins infirmiers :**

Montant admissible de 10 000 \$ par année civile par personne assurée.

**Services paramédicaux :**

Montant payable de 75 \$ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 800 \$, par année civile par personne assurée, pour l'ensemble des spécialistes.

## **Soins de la vue :**

- **Examen de la vue :** Montant payable de 50 \$ par personne assurée par période de 24 mois consécutifs pour les adultes et de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans.
- **Lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie :** Montant payable de 250 \$ par personne assurée par période de 24 mois consécutifs pour les adultes et de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans.

**Assurance voyage :** Jusqu'à concurrence d'un maximum viager payable de 5 000 000 \$ par personne assurée.

## **Fin de la garantie**

**Âge limite :** Le 85<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite, selon la première éventualité.

L'assurance voyage prend fin lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans ou à la date de la retraite, selon la première éventualité.

## ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE – RÉGIME B

### Montant de la franchise

**Ticket modérateur pour les médicaments :** Aucune

**Soins de la vue :** Aucune

**Pour tous les autres frais :** Aucune

### Carte de paiement pour les médicaments :

Carte de paiement direct

### Pourcentage de remboursement

**Médicaments :** Médicaments génériques : 80 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché

#### 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

**Malade dirigé :** 80 %

**Soins de la vue :** 100 %

**Pour tous les autres frais :** 80 %

**Limite des frais  
admissibles**

**Médicaments :**

- **marge bénéficiaire :** Frais usuels et raisonnables
- **honoraires pour l'exécution de l'ordonnance :** Frais non couverts
- **maximum :** Jusqu'à concurrence d'un montant payable de 5 000 \$ par certificat (personne assurée ou famille) par année civile.

**Soins infirmiers :** Montant admissible de 10 000 \$ par année civile par personne assurée.

**Services paramédicaux :** Montant payable de 75 \$ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 800 \$, par année civile par personne assurée, pour l'ensemble des spécialistes.

**Soins de la vue :**

- **Examen de la vue :** Montant payable de 50 \$ par personne assurée par période de 24 mois consécutifs pour les adultes et de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans.
- **Lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie :** Montant payable de 250 \$ par personne assurée par période de 24 mois consécutifs pour les adultes et de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans.

**Fin de la garantie**

**Âge limite :** Le 85<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite, selon la première éventualité.

## ASSURANCE MÉDICAMENTS – RÉGIME C

### Montant de la franchise

Ticket modérateur pour les médicaments : Aucune

Carte de paiement pour les médicaments : Carte de paiement direct

### Pourcentage de remboursement

Médicaments : Médicaments génériques : 80 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché

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

### Limite des frais admissibles

Médicaments :

- **marge bénéficiaire** : Frais usuels et raisonnables
- **honoraires pour l'exécution de l'ordonnance** : Frais non couverts
- **maximum** : Jusqu'à concurrence d'un montant payable de 10 000 \$ par année civile par personne assurée.

### Fin de la garantie

Âge limite : Le 85<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite, selon la première éventualité.



## ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

**Année du guide des  
tarifs dentaires :**

Année courante

**Montant de la franchise :**

Aucune

**Pourcentage de  
remboursement**

**Soins de prévention :**

80 %

**Soins de base,  
d'endodontie et  
de parodontie :**

80 %

**Montant maximum  
payable**

**Soins de prévention, de  
base, d'endodontie et de  
parodontie :**

1 000 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble des soins.

**Fréquence :**

6 mois

**Limitations :**

Les frais pour restaurations en composite sont remboursables pour les dents antérieures ainsi que pour les dents postérieures.

**Fin de la garantie**

**Âge limite :**

Le 85<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite, selon la première éventualité.

## 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 Membre 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.

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

Congé de maternité désigne toute période d'absence du travail en raison d'une grossesse au sens de toute loi sur les normes du travail qui est applicable dans la province de résidence de l'adhérent. Le congé de maternité se compose d'un congé volontaire et d'un congé dit « congé de maladie ». Ce congé de maladie débute le jour de l'accouchement et dure au moins 6 semaines (8 semaines dans le cas d'une césarienne). L'adhérent est considéré en congé de maternité pendant toute la période où il reçoit des prestations de maternité en vertu de toute loi fédérale ou provinciale. S'il s'absente du travail en raison d'une invalidité totale ayant débuté avant ou pendant une grossesse, il est considéré en congé de maternité en conformité avec toute loi fédérale ou provinciale à cet effet.

Congé parental désigne toute période d'absence du travail prise par l'adhérent pour s'occuper de son enfant nouveau-né ou adopté, au sens de toute loi provinciale ou fédérale sur les normes du travail ou d'une entente entre l'adhérent et l'employeur.

Congé pour raisons familiales désigne toute période d'absence du travail prise par l'adhérent au sens de toute loi provinciale ou fédérale ou d'une entente entre l'adhérent et l'employeur.

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 pour un membre de "PROLINK Group Services Program", le fait d'accomplir les tâches habituelles de la fonction ou du mandat pour lequel ce membre est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation ou de son expérience.

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 a la tutelle légale ou avait la tutelle légale jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de la majorité;
- 2) n'a pas de conjoint, a 25 ans ou moins, fréquente, ou est réputé fréquenter, 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 aurait la tutelle légale 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, aurait la tutelle légale 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.

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.

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 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.

Membre désigne une personne qui est domiciliée au Canada et qui fait partie d'un groupe professionnel ou para-professionnel, incluant PROLINK Group Services, pour qui des services sont fournis par LMS PROLINK Ltd.

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.

Revenu désigne le taux de rémunération habituel de l'adhérent, y compris les heures supplémentaires régulières et les bonis faisant partie de la rémunération régulière. Ceci n'inclut pas les heures supplémentaires et les bonis reçus sur une base occasionnelle.

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.

## **ADMISSIBILITÉ**

### **ADMISSIBILITÉ DES EMPLOYÉS**

Un employé (âgé de moins de 65 ans) 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.

### **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 dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle il y devient admissible.

### **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 ET EXONÉRATION DES PRIMES**

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

L'assurance de tout employé prend effet le \*, pourvu qu'il soit effectivement au travail à cette date.

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.

- \* 1) le premier jour du mois suivant si les preuves d'assurabilité sont approuvées dans les vingt-et-un premiers jours d'un mois, ou
- 2) le premier jour du deuxième mois suivant si les preuves d'assurabilité sont approuvées après le vingt-et-unième jour d'un mois.

Si l'employé n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle son assurance prendrait normalement effet uniquement parce qu'il est en congé payé ou parce que c'est un jour férié, il est considéré comme étant effectivement le travail à cette date.

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 31 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 31 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 31 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, dans le cas d'une personne assurée qui réside au Québec.

## EXONÉRATION DES PRIMES

- 1) Pour les garanties identifiées à cet égard au TABLEAU DES GARANTIES, et ce à compter du début d'exonération des primes qui y est indiqué, aucune prime n'est payable pour tout adhérent qui devient totalement invalide pendant qu'il est couvert en vertu du contrat mais avant d'atteindre l'âge de 65 ans, s'il présente à l'assureur une attestation satisfaisante de cette invalidité totale. Cette exonération se poursuit aussi longtemps que dure l'invalidité totale de l'adhérent. Aux fins du présent article, l'exonération prend fin à la plus hâtive des dates suivantes :
  - a) 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;
  - b) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
  - c) 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;
  - d) la date à laquelle l'adhérent atteint 65 ans ou la date de sa retraite, si antérieure;
  - e) pour les garanties identifiées dans la partie EXONÉRATION DES PRIMES 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 facultative de l'adhérent, d'assurance vie facultative du conjoint et d'assurance salaire de longue durée.
- 2) Les dispositions du contrat qui ont trait à toute augmentation des montants d'assurance cessent de produire leurs effets pendant l'invalidité totale.
- 3) 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 une exonération des primes 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.



- 4) 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.
- 5) Afin d'être exonéré du paiement de ses primes en vertu de la disposition relative à l'EXONÉRATION DES PRIMES, 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 90 jours suivant la date de réception de l'avis écrit.

Dans le cas d'une récurrence d'invalidité totale, l'assureur doit recevoir un avis écrit et une attestation d'invalidité dans les 12 mois suivant la date du début de cette récurrence.

## **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.

### **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**

L'assurance de l'adhérent peut être maintenue en vigueur après la date de cessation conformément à ce qui est précisé dans le contrat d'assurance.

## **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 120 jours 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 d'un an après la date de l'événement donnant lieu à la prestation.

Aucune action ni aucune procédure ne pourront être entamées contre l'assureur pour récupérer toute prestation dans les 60 jours suivant la date d'expiration du délai imparti pour la présentation des preuves de sinistre ou plus de 2 ans après ladite expiration.

### **BÉNÉFICIAIRE**

Pour l'assurance vie seulement, et sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérent peut désigner ou révoquer en tout temps un ou des bénéficiaires de son assurance en faisant parvenir un avis écrit au siège social de l'assureur. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier.

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

La somme assurée payable au décès d'une personne à charge assurée est versée à l'adhérent, s'il est vivant. Si l'adhérent est décédé, elle est versée selon les modalités suivantes :

- 1) advenant le décès du conjoint :  
aux héritiers légaux du conjoint;
- 2) advenant le décès d'un enfant à la charge de l'adhérent :
  - a) au conjoint s'il est vivant;
  - b) sinon aux héritiers légaux de l'enfant à charge.

## **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 90 jours 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.

La coordination des prestations en vertu du contrat est effectuée selon les recommandations de l'association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. de sorte que le total des paiements sous tous les régimes n'excède pas le total des frais admissibles engagés par la personne assurée.

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

- 1) des autres régimes d'assurance collective;
- 2) de toute autre forme de contrat, assuré ou non, couvrant les membres d'un groupe;
- 3) des programmes gouvernementaux ou de toute assurance requise ou fournie par une loi.

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.

## ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

### DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

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.

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.

### 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 de l'exonération des primes 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;
- 4) toute personne qui a un intérêt dans le montant d'assurance vie de base détenu par l'adhérent doit donner son consentement à ce versement en signant un formulaire fourni par l'assureur.

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.

## **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 pour un résident du Québec) 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.

Pour un résident du Québec seulement, 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 doit être présentée à l'assureur dans les 30 jours suivant la date du décès et une preuve écrite doit être remise dans les 90 jours.

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 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 %
hémiplégie, paraplégie, quadriplégie	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'eut 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 doit être présentée à l'assureur dans les 30 jours suivant la date de l'accident et une preuve écrite doit être remise dans les 90 jours suivant cet accident.

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 VIE FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT**

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

Comme condition préalable d'admissibilité à la présente garantie, l'adhérent doit soumettre des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

### **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 décède par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non, au cours des deux premières années qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie, de sa remise en vigueur ou de toute augmentation du montant de la garantie. L'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est alors nulle et sans effet et la responsabilité de l'assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

### **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 base 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 base 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 base de l'adhérent, moins le montant de toute assurance vie de base 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.

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 DU CONJOINT DE L'ADHÉRENT**

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

Comme condition préalable d'admissibilité à la présente garantie, le conjoint assuré doit soumettre des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

### **OBJET DE LA GARANTIE**

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant que le conjoint assuré est décédé pendant qu'il était couvert en vertu de la présente garantie, l'assureur paie le montant d'assurance vie facultative applicable à ce conjoint 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 le conjoint décède par suite de suicide ou des suites de toute tentative de suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non, au cours des deux premières années qui suivent la date de prise d'effet de la présente garantie, de sa remise en vigueur ou de toute augmentation du montant de la garantie. L'assurance ou l'augmentation, selon le cas, est alors nulle et sans effet et la responsabilité de l'assureur est limitée au remboursement des primes perçues.

### **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**

Si le conjoint est âgé de 65 ans ou moins et que son assurance vie facultative prend fin pour une raison autre qu'à la demande de l'adhérent, l'adhérent, ou le conjoint advenant le décès de l'adhérent, peut transformer cette assurance en une police d'assurance individuelle, sans preuves d'assurabilité.

Le montant d'assurance vie individuelle du conjoint qui peut être transformé doit être d'au moins le montant applicable dans la province de résidence de l'adhérent sans excéder le montant d'assurance vie facultative du conjoint en vigueur à la date de cessation de l'assurance.

La police individuelle choisie conformément aux dispositions ci-dessus est assujettie aux 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 décède dans les 31 jours suivant la cessation de sa protection en vertu de la présente garantie, le montant d'assurance vie 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.

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

# ASSURANCE MALADIES GRAVES FACULTATIVE DE L'ADHÉRENT (PLAN ENRICH)

## DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Diagnostic désigne l'établissement par un spécialiste, à l'aide d'examen ou autres procédés de diagnostic, du fait que l'adhérent est atteint d'une maladie spécifique ou d'une maladie grave, telles que définies dans la présente garantie. Toute chirurgie spécifiquement identifiée à cet effet dans la présente garantie est également considérée comme un diagnostic.

Irréversible qualifie une condition médicale qui ne peut être améliorée par un traitement médical ou chirurgical au moment du diagnostic. Le traitement médical ou chirurgical n'a pas à être entrepris s'il présente un risque excessif pour la santé de l'adhérent.

Condition préexistante désigne l'existence, dans les 24 mois précédant la date de prise d'effet de l'assurance ou la date de prise d'effet de la remise en vigueur de l'assurance de l'adhérent,

- 1) d'un ou plusieurs symptômes ou d'une condition pour lesquels des frais médicaux ont été encourus, des soins médicaux ont été reçus, des médicaments d'ordonnance ont été pris ou un médecin a été consulté;
- 2) d'un ou plusieurs symptômes ou d'une condition pour lesquels une personne normalement prudente chercherait à obtenir un diagnostic, des soins ou un traitement.

Spécialiste désigne un médecin autorisé à pratiquer à titre de spécialiste au Canada dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. Le spécialiste doit détenir une formation médicale spécialisée lui permettant d'établir un diagnostic en lien avec la maladie grave pour laquelle une prestation est demandée. En l'absence ou la l'absence ou advenant la non disponibilité d'un spécialiste, le diagnostic ou la nécessité d'une chirurgie doit être établi par un médecin qualifié pratiquant au Canada et approuvé par l'assureur. Le spécialiste ne peut pas être l'adhérent lui-même, un membre de sa famille ou un partenaire d'affaires de l'adhérent.

Chirurgie désigne toute intervention chirurgicale médicalement nécessaire que l'adhérent subit par suite de la recommandation écrite d'un spécialiste. L'intervention chirurgicale doit être pratiquée par un médecin au Canada.

Période de survie, à moins d'indication contraire, désigne les 30 jours suivant la date du diagnostic ou la date d'une chirurgie. L'adhérent doit être vivant à la fin de cette période et ne doit pas avoir subi l'arrêt irréversible de toutes les fonctions du cerveau. Toute période pendant laquelle il y a maintien artificiel des fonctions vitales n'est pas incluse dans la détermination de la période de survie. Aux fins de la présente garantie, le maintien artificiel des fonctions vitales désigne les soins prodigués de façon régulière, par un médecin autorisé à pratiquer, pour le support nutritionnel, respiratoire et/ou cardiovasculaire, et ce, même si un arrêt irréversible de toutes les fonctions cérébrales s'est produit.

Pour les maladies graves assujetties à une période d'attente, la période de survie court simultanément avec la période d'attente liée à cette maladie grave.

Invalidité totale ou totalement invalide désigne l'état d'incapacité tel que défini dans les DÉFINITIONS de la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent.

Maladie grave désigne une des conditions suivantes :

- 1) accident vasculaire cérébral
- 2) anémie aplasique
- 3) brûlures sévères
- 4) cancer (avec risque de décès à court terme)
- 5) cardiomyopathie dilatée
- 6) cécité
- 7) chirurgie coronarienne
- 8) chirurgie de l'aorte
- 9) coma
- 10) crise cardiaque (infarctus du myocarde)
- 11) dystrophie musculaire
- 12) hépatite virale fulminante
- 13) hypertension artérielle pulmonaire primitive (hypertension artérielle pulmonaire idiopathique et hypertension artérielle pulmonaire familiale)
- 14) infection au VIH dans le cadre de l'occupation
- 15) insuffisance hépatique à un stade avancé
- 16) insuffisance rénale
- 17) maladie d'Alzheimer
- 18) maladie de Parkinson
- 19) maladie du neurone moteur
- 20) méningite bactérienne
- 21) paralysie
- 22) perte d'autonomie
- 23) perte de la parole
- 24) perte de membres
- 25) remplacement des valves du cœur
- 26) sclérose en plaques
- 27) sclérose généralisée évolutive
- 28) surdité
- 29) transplantation d'un organe vital
- 30) transplantation d'un organe vital sur liste d'attente
- 31) tumeur cérébrale bénigne

Accident vasculaire cérébral désigne le diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose, par une hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- 1) l'apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques;
- 2) de nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique et qui persistent pendant plus de 30 jours suivant la date du diagnostic.

Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostiques.

**Exclusions** : Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- 1) attaques ischémiques cérébrales transitoires;
- 2) accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- 3) infarctus lacunaire, qui ne correspond pas à la définition d'accident vasculaire cérébral décrite ci-dessus.

Anémie aplasique désigne le diagnostic définitif, confirmé par biopsie, d'une défaillance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopénie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants :

- 1) stimulation de la moelle osseuse;
- 2) immunosuppresseurs;
- 3) greffe de la moelle osseuse.

Brûlures sévères désigne le diagnostic définitif de brûlures au troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps.

Cancer (avec risque de décès à court terme) désigne le diagnostic définitif d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus.

1) **Exclusions** : Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants de cancers qui ne comportent pas de risque de décès à court terme :

- a) carcinome *in situ*;
- b) mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V);
- c) tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases;
- d) cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

- 2) **Période d'exclusion** : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition si, dans les 90 jours suivant la dernière des dates suivantes :
- a) la date de prise d'effet de l'assurance;
  - b) la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance;

l'adhérent

- a) a présenté des signes, symptômes ou subi des examens approfondis menant à un diagnostic de cancer, admissible ou non en vertu de la présente garantie, sans égard à la date du diagnostic;
- b) a fait l'objet d'un diagnostic de cancer, admissible ou non en vertu de la présente garantie.

L'information qui précède doit être transmise à l'assureur dans les six mois suivant la date du diagnostic à défaut de quoi, l'assureur peut refuser toute demande de prestations pour un cancer ou pour toute maladie grave ou maladie spécifique causée par un cancer ou par son traitement.

Cardiomyopathie dilatée désigne le diagnostic définitif d'une condition affaiblie de la fonction ventriculaire entraînant une déficience physique significative de classe III ou plus selon la « New York Heart Association Classification » (NYHA) des déficiences cardiaques. Le diagnostic doit être confirmé par de nouvelles anomalies cardiaques démontrées par échocardiographie avec une faible fraction d'éjection (moins de 40 %) pendant au moins trois mois.

La classe III de déficience cardiomyopathique de la NYHA signifie que le patient est confortable au repos et présente des symptômes dans les activités exigeant de moins grands efforts que les activités normales et quotidiennes, malgré la consommation de médicaments et les ajustements diététiques, avec des preuves d'anormalité de fonctions ventriculaires mise en évidence par un examen physique et des analyses de laboratoire.

**Exclusion** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas de causes ischémiques et toxiques (incluant l'alcool et les médicaments prescrits ou non) de la cardiomyopathie dilatée.

Cécité désigne le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de la vision des deux yeux mise en évidence par :

- 1) une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins dans les deux yeux; ou
- 2) un champ visuel de moins de 20 degrés dans les deux yeux.



Chirurgie coronarienne désigne la chirurgie du cœur visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire par pontage aortocoronarien. Un spécialiste doit confirmer que cette chirurgie est médicalement nécessaire.

**Exclusion** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas d'interventions non chirurgicales ou par cathéters, telles que l'angioplastie percutanée et l'utilisation du laser aux fins de désobstruction.

Chirurgie de l'aorte désigne l'intervention chirurgicale pour remédier à une anomalie de l'aorte qui nécessite une excision et le remplacement chirurgical de l'aorte au moyen d'un greffon. On entend par « aorte », l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications.

Coma désigne le diagnostic définitif d'un état d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pour une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer 4 ou moins pendant les 96 heures.

**Exclusions** : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas suivants

- 1) un coma médicalement provoqué;
- 2) un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue;
- 3) un diagnostic de mort cérébrale.

Crise cardiaque (infarctus du myocarde) désigne le diagnostic définitif de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par l'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus, et présentant au moins un des éléments suivants :

- 1) symptômes de crise cardiaque;
- 2) nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde;
- 3) apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, sans s'y limiter, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

**Exclusions** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas suivants

- 1) élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra artérielle incluant, sans s'y limiter, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne et en l'absence d'une onde Q;
- 2) découverte fortuite de changements à l'ECG suggérant un ancien infarctus du myocarde ne correspondant pas à la présente définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde).

Dystrophie musculaire désigne le diagnostic définitif d'un ensemble d'affections héréditaires des muscles pour lesquelles une lente et progressive dégénérescence se produit, résultant en une faiblesse croissante et menant à l'invalidité. Le diagnostic doit être confirmé par une analyse d'ADN, une électromyographie et une biopsie des muscles.

Hépatite virale fulminante désigne le diagnostic définitif de nécrose submassive à massive du foie causée par un virus qui entraîne précipitamment une insuffisance hépatocellulaire. La prestation ne sera payable que si tous les critères suivants sont satisfaits :

- 1) diminution rapide du volume du foie confirmé par une échographie abdominale;
- 2) nécrose impliquant entièrement les lobules, ne laissant qu'une trame réticulaire, confirmé par histologie, si applicable;
- 3) détérioration rapide des fonctions hépatiques;
- 4) amplification de l'ictère.

**Exclusions** : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas suivants

- 1) une hépatite chronique;
- 2) une insuffisance hépatocellulaire causée par l'alcool, les toxines et/ou les drogues.

Hypertension artérielle pulmonaire primitive (hypertension artérielle pulmonaire idiopathique et hypertension artérielle pulmonaire familiale) désigne le diagnostic définitif d'hypertension artérielle pulmonaire primitive avec un élargissement substantiel du ventricule droit confirmé par des analyses et incluant un cathétérisme cardiaque, entraînant une déficience physique irréversible et permanente de classe IV ou plus selon la « New York Heart Association Classification » (NYHA) des déficiences cardiaques.

La classification NYHA des déficiences cardiaques stipule que la classe IV rend impossible l'accomplissement d'une activité physique sans inconfort et que les symptômes pourraient être présents même au repos.

**Exclusion** : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans tous les cas d'autres types d'hypertension artérielle pulmonaire.

Infection au VIH dans le cadre de l'occupation désigne le diagnostic définitif d'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle durant l'exercice des fonctions normales de l'occupation de l'adhérent, et qui a exposé celui-ci à des fluides corporels contaminés par le VIH.

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date de prise d'effet de l'assurance ou après la date de la prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance.

La prestation ne sera payable que si tous les critères suivants sont satisfaits :

- 1) la blessure accidentelle doit être déclarée à l'assureur dans les 14 jours suivant l'accident;
- 2) une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif;
- 3) une sérologie du VIH doit être effectuée entre les 90<sup>e</sup> et 180<sup>e</sup> jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être positif;
- 4) tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire reconnu au Canada ou aux États-Unis;
- 5) la blessure accidentelle doit être rapportée, enquêtée et documentée selon les normes de santé et de sécurité au travail au Canada ou aux États-Unis.

**Exclusion :** Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas suivants

- 1) l'adhérent a refusé de recevoir tout vaccin, approuvé et disponible, offrant une protection contre le VIH;
- 2) un traitement approuvé et curatif pour l'infection au VIH était devenu disponible avant la blessure accidentelle;
- 3) l'infection au VIH a eu lieu à la suite d'une blessure non-accidentelle (incluant mais sans s'y limiter, la transmission sexuelle ou l'usage de drogue intraveineuse).

Insuffisance hépatique à un stade avancé désigne le diagnostic définitif d'insuffisance hépatique due à une cirrhose et entraînant l'ensemble des troubles suivants :

- 1) ictère permanent;
- 2) ascite;
- 3) encéphalopathie.

**Exclusion :** Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas d'insuffisance hépatique entraînée par l'usage d'alcool ou de drogues.

Insuffisance rénale désigne le diagnostic définitif du stade terminal d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers par hémodialyse ou par dialyse péritonéale, ou une greffe rénale.

Maladie d'Alzheimer désigne le diagnostic définitif d'une affection dégénérative progressive du cerveau. L'adhérent doit présenter des signes de détérioration intellectuelle affectant la mémoire et le jugement et entraînant une réduction marquée du fonctionnement mental et social. Cette réduction doit nécessiter une surveillance journalière de huit heures au minimum.

**Exclusion** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition pour tout autre désordre organique du cerveau de type démentiel ainsi que pour les maladies psychiatriques.

Maladie de Parkinson désigne le diagnostic définitif de la maladie de Parkinson idiopathique et dégénérative diagnostiquée par un neurologue dûment qualifié. Le diagnostic est fondé sur deux des caractéristiques suivantes ou plus :

- 1) rigidité;
- 2) tremblements;
- 3) bradykinésie.

Maladie du neurone moteur désigne le diagnostic définitif d'une des maladies suivantes : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primaire, amyotrophie spinale progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudobulbaire, et se limite à ces maladies.

Méningite bactérienne désigne le diagnostic définitif de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes en culture et qui entraîne un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours suivant la date du diagnostic.

**Exclusion** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans le cas d'une méningite virale.

Paralysie désigne le diagnostic définitif de la perte complète des fonctions musculaires de deux membres ou plus résultant d'un traumatisme ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, durant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.

Perte d'autonomie désigne le diagnostic définitif de

- 1) l'incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux des six activités de la vie quotidienne : ou
- 2) déficience cognitive, telle que définie ci-après,

pour une période continue de plus de 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- 1) prendre son bain – capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires.
- 2) se vêtir – capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris orthèses, membres artificiels ou autres accessoires chirurgicaux.
- 3) faire sa toilette – capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète.
- 4) être continent – capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle compatible avec un bon état de santé général.
- 5) se mouvoir - capacité de se mettre au lit ou d'en sortir, de s'asseoir ou de se relever d'un siège ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint.
- 6) se nourrir – capacité de consommer de la nourriture ou des breuvages qui ont été préparés et servis, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés.

La déficience cognitive est définie comme la détérioration mentale et la perte de l'aptitude intellectuelle, se manifestant par une détérioration de la mémoire, de l'orientation et de la faculté de raisonner, lesquelles sont mesurables et qui résultent d'une cause organique objective diagnostiquée par un spécialiste. Le degré de déficience cognitive doit être suffisamment grave pour nécessiter une surveillance journalière continue d'au moins huit heures par jour. L'établissement de la déficience cognitive est fondé sur des données cliniques et des évaluations normalisées et valides des déficiences.

**Exclusion :** Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans tout cas de trouble mental ou nerveux non imputable à une cause organique.

Perte de la parole désigne le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'usage de la parole résultant d'une blessure ou maladie physique et démontré pour une période continue d'au moins 180 jours.

**Exclusion :** Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans tout cas étant relié à une cause psychiatrique.

Perte de membres désigne le diagnostic définitif de la séparation irréversible et complète de deux ou plusieurs membres au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville résultant d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

Remplacement des valves du cœur désigne le remplacement, par intervention chirurgicale, de toute valve du cœur par une valve naturelle ou mécanique.

**Exclusion :** Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas de réparation d'une valve cardiaque.

Sclérose en plaques désigne le diagnostic définitif d'au moins une des conditions suivantes :

- 1) au moins deux épisodes distincts, confirmés par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation; ou
- 2) des anomalies neurologiques bien définies persistant pour une période continue d'au moins six mois, confirmées par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation; ou
- 3) un seul épisode, confirmé par plusieurs résonances magnétiques du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation et s'étant développées à des intervalles d'au moins 1 mois.

Sclérose généralisée évolutive désigne le diagnostic définitif de sclérodermie généralisée évolutive avec atteinte systémique du cœur, des poumons ou des reins. Le diagnostic de sclérose généralisée évolutive doit être confirmé catégoriquement par une biopsie et des signes sérologiques.

**Exclusions** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas suivants

- 1) sclérodermie localisée (sclérodermie ou morphee linéaire);
- 2) fasciite éosinophilique; ou
- 3) syndrome de CREST.

Surdité désigne le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un seuil d'intensité vocale de 500 à 3 000 hertz.

Transplantation d'un organe vital désigne le diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour se qualifier à la transplantation d'un organe vital, l'adhérent doit subir une chirurgie pour recevoir par transplantation un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse, en se limitant à ces organes.

Transplantation d'un organe vital sur liste d'attente désigne le diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour se qualifier à la transplantation d'un organe vital sur liste d'attente, l'adhérent doit être inscrit comme receveur dans un programme de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis et qui effectue la forme de transplantation requise. Aux fins de période de survie, la date du diagnostic est réputée être la date d'inscription de l'adhérent à un tel programme de transplantation.

Tumeur cérébrale bénigne désigne le diagnostic définitif d'une tumeur non maligne située dans la voûte du crâne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou par radiation ou provoquer des déficits neurologiques documentés et irréversibles.

- 1) **Exclusion** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas de microadénomes pituitaires de moins de 10 mm.
- 2) **Période d'exclusion** : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition si, dans les 90 jours suivant la dernière des dates suivantes :
  - a) la date de prise d'effet de l'assurance;
  - b) la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance;

l'adhérent

- a) a présenté des signes, symptômes ou subi des examens approfondis menant à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou exclu en vertu de la présente garantie), sans égard à la date du diagnostic;
- b) a fait l'objet d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou exclu en vertu de la présente garantie).

L'information qui précède doit être transmise à l'assureur dans les six mois suivant la date du diagnostic à défaut de quoi, l'assureur peut refuser toute demande de prestations pour une tumeur cérébrale bénigne ou pour toute maladie grave ou maladie spécifique, causées par une tumeur cérébrale bénigne ou par son traitement.

## **PREUVES D'ASSURABILITÉ**

L'adhérent qui demande un montant de prestations plus élevé que le montant maximum pouvant être souscrit sans preuves d'assurabilité, tel qu'indiqué au TABLEAU DES GARANTIES pour la garantie d'assurance maladies graves facultative 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.

## PAIEMENT DE LA PRESTATION

Le paiement de toute prestation relative au diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique est conditionnel à la réception préalable de preuves jugées satisfaisantes par l'assureur, confirmant :

- 1) que le spécialiste a établi le diagnostic; et
- 2) que l'adhérent a survécu après le diagnostic et que les conditions décrites dans la définition de période de survie de la présente garantie ont été respectées.

## COUVERTURE POUR LES MALADIES GRAVES

Si l'adhérent reçoit le diagnostic d'une maladie grave telle que définie dans la présente garantie, l'assureur versera le montant de l'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Toutefois, si l'adhérent a préalablement reçu le diagnostic d'une maladie spécifique ou d'une maladie grave pour laquelle une prestation a été versée, le diagnostic ne peut faire l'objet d'une demande de prestations qu'en vertu de la section COUVERTURE EN CAS D'OCCURRENCES MULTIPLES.

## PRESTATION PARTIELLE EN CAS DE MALADIE SPÉCIFIQUE

Si l'adhérent reçoit le diagnostic d'une maladie admissible en vertu de la présente section et définie ci-après, l'assureur versera une prestation équivalant à 10 % du montant de l'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, jusqu'à concurrence d'un maximum de 25 000 \$.

Le diagnostic d'une seule des maladies spécifiques suivantes est admissible en vertu de la présente section. Maladie spécifique désigne :

- 1) Angioplastie coronarienne désigne une intervention visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre la circulation ininterrompue du sang. Un spécialiste doit confirmer que cette chirurgie est médicalement nécessaire.
- 2) Carcinome canalaire *in situ* (cancer du sein) désigne le diagnostic d'un cancer du sein non invasif prenant naissance dans les canaux galactophores. Le diagnostic doit être confirmé au moyen d'une biopsie.
- 3) Cancer de la prostate au stade A (T1a or T1b) désigne le diagnostic d'une tumeur maligne, cliniquement non apparente, à la prostate, qui n'est ni palpable ni visible par imagerie. Le diagnostic doit être confirmé au moyen d'un examen pathologique du tissu prostatique.
- 4) Mélanome malin au stade 1A désigne le diagnostic d'un mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V. Le diagnostic doit être confirmé au moyen d'une biopsie.



**Période d'exclusion pour les maladies spécifiques** décrites en 2), 3) et 4) ci-dessus :

Aucune prestation n'est payable pour cette condition si le diagnostic a été établi dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de l'assurance ou la date de prise d'effet de la remise en vigueur de l'assurance en vertu de la présente garantie.

Si l'adhérent a préalablement reçu le diagnostic d'une maladie grave pour laquelle une prestation a été versée, la demande de prestations ne peut être faite qu'en vertu de la section COUVERTURE EN CAS D'OCCURRENCES MULTIPLES.

En vertu de la présente section, une seule prestation à vie peut être versée à l'adhérent.

### **COUVERTURE EN CAS DE RÉCURRENCE DE CANCER**

L'assureur versera le montant de l'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES si l'adhérent reçoit un diagnostic de cancer (avec risque de décès à court terme) après la réception d'un autre diagnostic de cancer si :

- 1) plus de 60 mois se sont écoulés depuis le diagnostic de cancer précédent; et
- 2) aucun traitement relié directement ou indirectement au cancer n'a été reçu durant cette période de 60 mois (les traitements n'incluent pas les médicaments préventifs et les visites de suivi chez le médecin).

L'assurance de l'adhérent doit être en vigueur lorsque le diagnostic subséquent est établi.

### **COUVERTURE EN CAS D'OCCURRENCES MULTIPLES**

- 1) Si l'adhérent a reçu le diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique pour laquelle une prestation a été versée et reçoit par la suite le diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique, l'assureur versera le montant de l'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Pour recevoir la prestation, le diagnostic doit avoir été établi au moins 90 jours après la date du plus récent paiement effectué pour le règlement d'une demande de prestations pour le diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique.

Toutefois, lorsque l'adhérent a reçu le diagnostic d'une maladie spécifique pour laquelle une prestation a été versée et que le diagnostic suivant reçu par cet adhérent en est un de maladie grave, établi moins de 90 jours après la date du plus récent paiement de ladite prestation, l'assureur versera une prestation équivalant au montant de l'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES moins le montant versé pour le diagnostic de maladie spécifique.

- 2) Si l'adhérent a reçu le diagnostic d'une maladie grave pour laquelle une prestation a été versée et reçoit par la suite le diagnostic d'une maladie spécifique, l'assureur versera une prestation équivalant à 10 % du montant de l'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, jusqu'à concurrence d'un maximum de 25 000 \$.

Pour recevoir la prestation, le diagnostic doit avoir été établi au moins 90 jours après la date du plus récent paiement effectué pour le règlement d'une demande de prestations pour le diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique.

Le paiement de toute prestation en vertu de la présente section est sujet aux restrictions indiquées dans la section EXCLUSIONS POUR RÉADMISSION.

### **EXCLUSIONS POUR RÉADMISSION**

Si l'adhérent reçoit une prestation pour le diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique, l'assurance est automatiquement maintenue à condition que le paiement de la prime soit maintenu. L'adhérent peut faire de demande de prestations subséquente pour le diagnostic d'une autre maladie grave admissible, sous réserve des restrictions suivantes :

- 1) S'il a fait une demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 2) S'il a fait une demande de prestation pour anémie aplasique, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour anémie aplasique, cancer (avec risque de décès à court terme), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, mélanome malin au stade 1A ou perte d'autonomie.
- 3) S'il a fait une demande de prestation pour brûlures sévères, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour brûlures sévères, paralysie ou perte d'autonomie.
- 4) S'il a fait une demande de prestation pour cancer (avec risque de décès à court terme), l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour anémie aplasique, cancer (avec risque de décès à court terme), sauf si toutes les conditions stipulées à la section COUVERTURE EN CAS DE RÉCURRENCE DE CANCER sont respectées, pour cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, insuffisance hépatique à un stade avancé, mélanome malin au stade 1A ou perte d'autonomie.

- 5) S'il a fait une demande de prestation pour cardiomyopathie dilatée, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, cardiomyopathie dilatée, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, remplacement des valves du cœur, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 6) S'il a fait une demande de prestation pour cécité, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour cécité ou perte d'autonomie.
- 7) S'il a fait une demande de prestation pour chirurgie coronarienne, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance rénale, insuffisance hépatique à un stade avancé, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 8) S'il a fait une demande de prestation pour chirurgie de l'aorte, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 9) S'il a fait une demande de prestation pour coma, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, cécité, coma, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole ou surdité.
- 10) S'il a fait une demande de prestation pour crise cardiaque (infarctus du myocarde), l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique   un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 11) S'il a fait une demande de prestation pour dystrophie musculaire, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, cardiomyopathie dilatée, cécité, coma, crise cardiaque, dystrophie musculaire, insuffisance hépatique   un stade avancé, insuffisance rénale, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole, remplacement des valves du cœur, surdité, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.

- 12) S'il a fait une demande de prestation pour hépatite virale fulminante, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour cancer (avec risque de décès à court terme), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, hépatite virale fulminante, insuffisance hépatique à un stade avancé, mélanome malin au stade 1A, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 13) S'il a fait une demande de prestation pour hypertension artérielle pulmonaire primitive (hypertension artérielle pulmonaire idiopathique et hypertension artérielle pulmonaire familiale), l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour : accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, cardiomyopathie dilatée, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, hypertension artérielle pulmonaire primitive, insuffisance rénale, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 14) S'il a fait une demande de prestation pour infection au VIH dans le cadre de l'occupation, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour : accident vasculaire cérébral, cancer (avec risque de décès à court terme), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, cécité, coma, infection au VIH dans le cadre de l'occupation, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, mélanome malin au stade 1A, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole ou surdité.
- 15) S'il a fait une demande de prestation pour insuffisance hépatique à un stade avancé, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, crise cardiaque, coma, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 16) S'il a fait une demande de prestation pour insuffisance rénale, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 17) S'il a fait une demande de prestation pour maladie d'Alzheimer, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour maladie d'Alzheimer ou perte d'autonomie.
- 18) S'il a fait une demande de prestation pour maladie de Parkinson, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestations pour coma, maladie de Parkinson, paralysie, perte d'autonomie ou perte de la parole.
- 19) S'il a fait une demande de prestation pour maladie du neurone moteur, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, cécité, coma, crise cardiaque, maladie du neurone moteur, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole ou surdité.

- 20) S'il a fait une demande de prestation pour méningite bactérienne, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, cécité, coma, méningite bactérienne, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole ou surdité.
- 21) S'il a fait une demande de prestation pour paralysie, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour coma, paralysie, perte d'autonomie ou perte de la parole.
- 22) S'il a fait une demande de prestation pour perte d'autonomie, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation. L'assurance en vertu de la présente garantie prend fin.
- 23) S'il a fait une demande de prestation pour perte de la parole, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour perte d'autonomie ou perte de la parole.
- 24) S'il a fait une demande de prestation pour perte de membres, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour perte d'autonomie ou perte de membres.
- 25) S'il a fait une demande de prestation pour remplacement des valves du cœur, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour : accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 26) S'il a fait une demande de prestation pour sclérose en plaques, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, cécité, coma, insuffisance rénale, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole, sclérose en plaques ou surdité.
- 27) S'il a fait une demande de prestation pour sclérose généralisée évolutive, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, cancer (avec risque de décès à court terme), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, cécité, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, mélanome malin au stade 1A, paralysie, perte d'autonomie, sclérose en plaques, sclérose généralisée évolutive, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 28) S'il a fait une demande de prestation pour surdité, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour perte d'autonomie ou surdité.

- 29) S'il a fait une demande de prestation pour transplantation d'un organe vital, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, anémie aplasique, cancer (avec risque de décès à court terme), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, mélanome malin au stade 1A, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 30) S'il a fait une demande de prestation pour transplantation d'un organe vital sur liste d'attente, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, anémie aplasique, cancer (avec risque de décès à court terme), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, mélanome malin au stade 1A, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 31) S'il a fait une demande de prestation pour une tumeur cérébrale bénigne, l'adhérent ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, cécité, coma, méningite bactérienne, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole, surdité ou tumeur cérébrale bénigne.

## **RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS**

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- 1) maladie grave ou maladie spécifique résultant directement ou indirectement
  - a) de dommages corporels que l'adhérent s'inflige intentionnellement, d'une exposition volontaire à une maladie ou d'une tentative de suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non;
  - b) d'une guerre, déclarée ou non, du service actif dans les forces armées d'un pays, de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
  - c) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel du Canada;
  - d) d'un abus d'alcool;
  - e) de l'usage de tout médicament, de tout narcotique, de toute substance intoxicante ou de toute autre substance nocive, sauf s'ils sont utilisés tel que prescrit ou recommandé par un médecin;
- 2) cancer qui se manifeste avant la date de prise d'effet de l'assurance ou avant la date de prise d'effet de la remise en vigueur de l'assurance, si ce cancer récidive ou se métastase après la prise d'effet de l'assurance, sauf si toutes les conditions stipulées dans la section COUVERTURE EN CAS DE RÉCURRENCE DE CANCER sont respectées;

- 3) maladie grave ou maladie spécifique résultant directement ou indirectement d'une condition préexistante.

Cette exclusion relative aux conditions préexistantes ne s'applique qu'aux montants d'assurance équivalents ou inférieurs au montant maximum sans preuves d'assurabilité indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Toutefois, si l'adhérent est assuré depuis une période continue de plus de 24 mois, ou a fourni une preuve d'assurabilité satisfaisante pour l'assureur pour un montant supérieur au maximum sans preuves d'assurabilité tel qu'indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, cette exclusion relative aux conditions préexistantes ne s'applique pas au montant alors approuvé par l'assureur.

Si l'adhérent était assuré en vertu d'une garantie similaire du contrat antérieur offert par l'employeur au cours de toute période de temps précédant immédiatement la date de prise d'effet de la présente garantie, la période pendant laquelle il a été couvert sera reconnue aux fins de l'exclusion relative aux conditions préexistantes de la présente garantie.

### **LIMITATIONS GÉOGRAPHIQUES**

Si une maladie grave ou une maladie spécifique est diagnostiquée à l'extérieur du Canada à la suite d'un accident ou d'une maladie, l'assureur n'étudie la demande de prestations que lorsque l'adhérent est de retour au Canada et qu'une évaluation médicale du diagnostic posé antérieurement a été obtenue.

### **FIN DE LA GARANTIE**

Cette garantie prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge indiqué au TABLEAU DES GARANTIES;
- 2) à la première des dates indiquées dans la section CESSATION DE L'ASSURANCE DE L'ADHÉRENT.
- 3) la date à laquelle l'assureur verse la prestation applicable au diagnostic de perte d'autonomie en vertu de la présente garantie.

## **DROIT DE TRANSFORMATION**

Si l'assurance de l'adhérent prend fin par suite de :

- 1) la cessation de son emploi;
- 2) la cessation de son admissibilité en vertu du contrat;
- 3) la cessation d'une période d'invalidité totale suivant laquelle l'adhérent n'est pas retourné à l'emploi de l'employeur;

et qu'il n'a pas atteint l'âge de 65 ans, il a le droit, sur demande écrite à l'assureur dans les 31 jours suivant la cessation, de transformer son assurance en une police individuelle d'assurance maladies graves alors offerte par l'assureur, sans preuves d'assurabilité. Le droit de transformation n'est pas offert dans les cas de résiliation du contrat ou de la garantie.

Le montant d'assurance qui peut être transformé ne peut en aucun cas excéder le montant de l'assurance de l'adhérent qui était en vigueur à la date de la cessation, jusqu'à concurrence d'un montant global de 200 000 \$ pour l'ensemble des garanties d'assurance maladies graves pouvant être transformées en vertu du contrat.

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

Si l'adhérent reçoit le diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique dans les 31 jours suivant la cessation de son assurance en vertu de la présente garantie, le montant d'assurance maladies graves payable est celui qu'il aurait eu le droit de transformer.

## **DÉCLARATION ET PREUVE DE SINISTRE**

Avant de régler une demande relative à une maladie grave ou à une maladie spécifique, l'assureur exige des preuves écrites satisfaisantes attestant l'existence de ladite maladie et l'admissibilité de l'adhérent à une prestation au moment où le diagnostic a été établi.

Une déclaration initiale écrite de sinistre doit être présentée à l'assureur dans les 30 jours suivant la date de l'événement.

L'assureur se réserve le droit de vérifier le diagnostic auprès du ou des spécialistes traitants et de faire examiner à ses frais toute personne assurée pour qui une demande de prestations a été soumise.



# ASSURANCE MALADIES GRAVES FACULTATIVE DU CONJOINT DE L'ADHÉRENT (PLAN ENRICH)

## DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Diagnostic désigne l'établissement par un spécialiste, à l'aide d'examen ou autres procédés de diagnostic, du fait que la personne assurée est atteinte d'une maladie spécifique ou d'une maladie grave, telles que définies dans la présente garantie. Toute chirurgie spécifiquement identifiée à cet effet dans la présente garantie est également considérée comme un diagnostic.

Irréversible qualifie une condition médicale qui ne peut être améliorée par un traitement médical ou chirurgical au moment du diagnostic. Le traitement médical ou chirurgical n'a pas à être entrepris s'il présente un risque excessif pour la santé de la personne assurée.

Condition préexistante désigne l'existence, dans les 24 mois précédant la date de prise d'effet de l'assurance ou la date de prise d'effet de la remise en vigueur de l'assurance de la personne assurée,

- 1) d'un ou plusieurs symptômes ou d'une condition pour lesquels des frais médicaux ont été encourus, des soins médicaux ont été reçus, des médicaments d'ordonnance ont été pris ou un médecin a été consulté;
- 2) d'un ou plusieurs symptômes ou d'une condition pour lesquels une personne normalement prudente chercherait à obtenir un diagnostic, des soins ou un traitement.

Spécialiste désigne un médecin autorisé à pratiquer à titre de spécialiste au Canada dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. Le spécialiste doit détenir une formation médicale spécialisée lui permettant d'établir un diagnostic en lien avec la maladie grave pour laquelle une prestation est demandée. En l'absence ou advenant la non disponibilité d'un spécialiste, le diagnostic ou la nécessité d'une chirurgie doit être établi par un médecin qualifié pratiquant au Canada et approuvé par l'assureur. Le spécialiste ne peut pas être la personne assurée elle-même, un membre de sa famille ou un partenaire d'affaires de la personne assurée.

Chirurgie désigne toute intervention chirurgicale médicalement nécessaire que la personne assurée subit par suite de la recommandation écrite d'un spécialiste. L'intervention chirurgicale doit être pratiquée par un médecin au Canada.

Période de survie, à moins d'indication contraire, désigne les 30 jours suivant la date du diagnostic ou la date d'une chirurgie. La personne assurée doit être vivante à la fin de cette période et ne doit pas avoir subi l'arrêt irréversible de toutes les fonctions du cerveau. Toute période pendant laquelle il y a maintien artificiel des fonctions vitales n'est pas incluse dans la détermination de la période de survie. Aux fins de la présente garantie, le maintien artificiel des fonctions vitales désigne les soins prodigués de façon régulière, par un médecin autorisé à pratiquer, pour le support nutritionnel, respiratoire et/ou cardiovasculaire, et ce, même si un arrêt irréversible de toutes les fonctions cérébrales s'est produit.

Pour les maladies graves assujetties à une période d'attente, la période de survie court simultanément avec la période d'attente reliée à cette maladie grave.

Maladie grave désigne :

- 1) accident vasculaire cérébral
- 2) anémie aplasique
- 3) brûlures sévères
- 4) cancer (avec risque de décès à court terme)
- 5) cardiomyopathie dilatée
- 6) cécité
- 7) chirurgie coronarienne
- 8) chirurgie de l'aorte
- 9) coma
- 10) crise cardiaque (infarctus du myocarde)
- 11) dystrophie musculaire
- 12) hépatite virale fulminante
- 13) hypertension artérielle pulmonaire primitive (hypertension artérielle pulmonaire idiopathique et hypertension artérielle pulmonaire familiale)
- 14) infection au VIH dans le cadre de l'occupation
- 15) insuffisance hépatique à un stade avancé
- 16) insuffisance rénale
- 17) maladie d'Alzheimer
- 18) maladie de Parkinson
- 19) maladie du neurone moteur
- 20) méningite bactérienne
- 21) paralysie
- 22) perte d'autonomie
- 23) perte de la parole
- 24) perte de membres
- 25) remplacement des valves du cœur
- 26) sclérose en plaques
- 27) sclérose généralisée évolutive
- 28) surdité
- 29) transplantation d'un organe vital
- 30) transplantation d'un organe vital sur liste d'attente
- 31) tumeur cérébrale bénigne

Accident vasculaire cérébral désigne le diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose, par une hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- 1) l'apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques;
- 2) de nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique et qui persistent pendant plus de 30 jours suivant la date du diagnostic.

Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostiques.

**Exclusions** : Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- 1) attaques ischémiques cérébrales transitoires;
- 2) accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- 3) infarctus lacunaire, qui ne correspond pas à la définition d'accident vasculaire cérébral ci-dessus.

Anémie aplasique désigne le diagnostic définitif, confirmé par biopsie, d'une défaillance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopénie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants :

- 1) stimulation de la moelle osseuse;
- 2) immunosuppresseurs;
- 3) greffe de la moelle osseuse.

Brûlures sévères désigne le diagnostic définitif de brûlures au troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps.

Cancer (avec risque de décès à court terme) désigne le diagnostic définitif d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus.

1) **Exclusions** : Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants de cancers qui ne comportent pas de risque de décès à court terme :

- a) carcinome *in situ*;
- b) mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V);
- c) tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases;
- d) cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

- 2) **Période d'exclusion** : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition si, dans les 90 jours suivant la dernière des dates suivantes :
- a) la date de prise d'effet de l'assurance;
  - b) la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance;

la personne assurée

- a) a présenté des signes, symptômes ou subi des examens approfondis menant à un diagnostic de cancer, admissible ou non en vertu de la présente garantie, sans égard à la date du diagnostic;
- b) a fait l'objet d'un diagnostic de cancer, admissible ou non en vertu de la présente garantie.

L'information qui précède doit être transmise à l'assureur dans les six mois suivant la date du diagnostic à défaut de quoi, l'assureur peut refuser toute demande de prestations pour un cancer ou pour toute maladie grave ou maladie spécifique causée par un cancer ou par son traitement.

Cardiomyopathie dilatée désigne le diagnostic définitif d'une condition affaiblie de la fonction ventriculaire entraînant une déficience physique significative de classe III ou plus selon la « New York Heart Association Classification » (NYHA) des déficiences cardiaques. Le diagnostic doit être confirmé par de nouvelles anomalies cardiaques démontrées par échocardiographie avec une faible fraction d'éjection (moins de 40 %) pendant au moins trois mois.

La classe III de déficience cardiomyopathique de la NYHA signifie que le patient est confortable au repos et présente des symptômes dans les activités exigeant de moins grands efforts que les activités normales et quotidiennes, malgré la consommation de médicaments et les ajustements diététiques, avec des preuves d'anormalité de fonctions ventriculaires mise en évidence par un examen physique et des analyses de laboratoire.

**Exclusion** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas de causes ischémiques et toxiques (incluant l'alcool et les médicaments prescrits ou non) de la cardiomyopathie dilatée.

Cécité désigne le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de la vision des deux yeux mise en évidence par :

- 1) une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins dans les deux yeux; ou
- 2) un champ visuel de moins de 20 degrés dans les deux yeux.

Chirurgie coronarienne désigne la chirurgie du cœur visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire par pontage aortocoronarien. Un spécialiste doit confirmer que cette chirurgie est médicalement nécessaire.

**Exclusion** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas d'interventions non chirurgicales ou par cathéters, telles que l'angioplastie percutanée et l'utilisation du laser aux fins de désobstruction.

Chirurgie de l'aorte désigne l'intervention chirurgicale pour remédier à une anomalie de l'aorte qui nécessite une excision et le remplacement chirurgical de l'aorte au moyen d'un greffon. On entend par « aorte », l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications.

Coma désigne le diagnostic définitif d'un état d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pour une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer 4 ou moins pendant les 96 heures.

**Exclusions** : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas suivants

- 1) un coma médicalement provoqué;
- 2) un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue;
- 3) un diagnostic de mort cérébrale.

Crise cardiaque (infarctus du myocarde) désigne le diagnostic définitif de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par l'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus, et présentant au moins un des éléments suivants :

- 1) symptômes de crise cardiaque;
- 2) nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde;
- 3) apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, sans s'y limiter, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

**Exclusions** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas suivants

- 1) élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra artérielle incluant, sans s'y limiter, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne et en l'absence d'une onde Q;
- 2) découverte fortuite de changements à l'ECG suggérant un ancien infarctus du myocarde ne correspondant pas à la présente définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde).

Dystrophie musculaire désigne le diagnostic définitif d'un ensemble d'affections héréditaires des muscles pour lesquelles une lente et progressive dégénérescence se produit, résultant en une faiblesse croissante et menant à l'invalidité. Le diagnostic doit être confirmé par une analyse d'ADN, une électromyographie et une biopsie des muscles.

Hépatite virale fulminante désigne le diagnostic définitif de nécrose submassive à massive du foie causée par un virus qui entraîne précipitamment une insuffisance hépatocellulaire. La prestation ne sera payable que si tous les critères suivants sont satisfaits :

- 1) diminution rapide du volume du foie confirmé par une échographie abdominale;
- 2) nécrose impliquant entièrement les lobules, ne laissant qu'une trame réticulaire, confirmé par histologie, si applicable;
- 3) détérioration rapide des fonctions hépatiques;
- 4) amplification de l'ictère.

**Exclusions** : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas suivants

- 1) une hépatite chronique;
- 2) une insuffisance hépatocellulaire causée par l'alcool, les toxines et/ou les drogues.

Hypertension artérielle pulmonaire primitive (hypertension artérielle pulmonaire idiopathique et hypertension artérielle pulmonaire familiale) désigne le diagnostic définitif d'hypertension artérielle pulmonaire primitive avec un élargissement substantiel du ventricule droit confirmé par des analyses et incluant un cathétérisme cardiaque, entraînant une déficience physique irréversible et permanente de classe IV ou plus selon la « New York Heart Association Classification » (NYHA) des déficiences cardiaques.

La classification NYHA des déficiences cardiaques stipule que la classe IV rend impossible l'accomplissement d'une activité physique sans inconfort et que les symptômes pourraient être présents même au repos.

**Exclusion** : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans tous les cas d'autres types d'hypertension artérielle pulmonaire.

Infection au VIH dans le cadre de l'occupation désigne le diagnostic définitif d'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle durant l'exercice des fonctions normales de l'occupation de la personne assurée, et qui a exposé celle-ci à des fluides corporels contaminés par le VIH.

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date de prise d'effet de l'assurance ou après la date de la prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance.

La prestation ne sera payable que si tous les critères suivants sont satisfaits :

- 1) la blessure accidentelle doit être déclarée à l'assureur dans les 14 jours suivant l'accident;
- 2) une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif;
- 3) une sérologie du VIH doit être effectuée entre les 90<sup>e</sup> et 180<sup>e</sup> jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être positif;
- 4) tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire reconnu au Canada ou aux États-Unis;
- 5) la blessure accidentelle doit être rapportée, enquêtée et documentée selon les normes de santé et de sécurité au travail au Canada ou aux États-Unis.

**Exclusion** : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas suivants

- 1) la personne assurée a refusé de recevoir tout vaccin, approuvé et disponible, offrant une protection contre le VIH;
- 2) un traitement approuvé et curatif pour l'infection au VIH était devenu disponible avant la blessure accidentelle;
- 3) l'infection au VIH a eu lieu à la suite d'une blessure non-accidentelle (incluant mais sans s'y limiter, la transmission sexuelle ou l'usage de drogue intraveineuse).

Insuffisance hépatique à un stade avancé désigne le diagnostic définitif d'insuffisance hépatique due à une cirrhose et entraînant l'ensemble des troubles suivants :

- 1) ictère permanent;
- 2) ascite;
- 3) encéphalopathie.

**Exclusion** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas d'insuffisance hépatique entraînée par l'usage d'alcool ou de drogues.

Insuffisance rénale désigne le diagnostic définitif du stade terminal d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers par hémodialyse ou par dialyse péritonéale, ou une greffe rénale.

Maladie d'Alzheimer désigne le diagnostic définitif d'une affection dégénérative progressive du cerveau. La personne assurée doit présenter des signes de détérioration intellectuelle affectant la mémoire et le jugement et entraînant une réduction marquée du fonctionnement mental et social. Cette réduction doit nécessiter une surveillance journalière d'au moins huit heures.

**Exclusion :** Aucune prestation n'est payable pour cette condition pour tout autre désordre organique du cerveau de type démentiel ainsi que pour les maladies psychiatriques.

Maladie de Parkinson désigne le diagnostic définitif de la maladie de Parkinson idiopathique et dégénérative diagnostiquée par un neurologue dûment qualifié. Le diagnostic est fondé sur deux des caractéristiques suivantes ou plus :

- 1) rigidité;
- 2) tremblements;
- 3) bradykinésie.

Maladie du neurone moteur désigne le diagnostic définitif d'une des maladies suivantes : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primaire, amyotrophie spinale progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudobulbaire, et se limite à ces maladies.

Méningite bactérienne désigne le diagnostic définitif de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes en culture et qui entraîne un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours suivant la date du diagnostic.

**Exclusion :** Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans le cas d'une méningite virale.

Paralysie désigne le diagnostic définitif de la perte complète des fonctions musculaires de deux membres ou plus résultant d'un traumatisme ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, durant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.

Perte d'autonomie désigne le diagnostic définitif de

- 1) l'incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux des six activités de la vie quotidienne : ou
- 2) déficience cognitive, telle que définie ci-après,

pour une période continue de plus de 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.



Les activités de la vie quotidienne sont :

- 1) prendre son bain – capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires.
- 2) se vêtir – capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris orthèses, membres artificiels ou autres accessoires chirurgicaux.
- 3) faire sa toilette – capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète.
- 4) être continent – capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle compatible avec un bon état de santé général.
- 5) se mouvoir - capacité de se mettre au lit ou d'en sortir, de s'asseoir ou de se relever d'un siège ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint.
- 6) se nourrir – capacité de consommer de la nourriture ou des breuvages qui ont été préparés et servis, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés.

La déficience cognitive est définie comme la détérioration mentale et la perte de l'aptitude intellectuelle, se manifestant par une détérioration de la mémoire, de l'orientation et de la faculté de raisonner, lesquelles sont mesurables et qui résultent d'une cause organique objective diagnostiquée par un spécialiste. Le degré de déficience cognitive doit être suffisamment grave pour nécessiter une surveillance journalière continue d'au moins huit heures. L'établissement de la déficience cognitive est fondé sur des données cliniques et des évaluations normalisées et valides des déficiences.

**Exclusion :** Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans tout cas de trouble mental ou nerveux non imputable à une cause organique.

Perte de la parole désigne le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'usage de la parole résultant d'une blessure ou maladie physique et démontré pour une période continue d'au moins 180 jours.

**Exclusion :** Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans tout cas étant relié à une cause psychiatrique.

Perte de membres désigne le diagnostic définitif de la séparation irréversible et complète de deux ou plusieurs membres au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville résultant d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

Remplacement des valves du cœur désigne le remplacement, par intervention chirurgicale, de toute valve du cœur par une valve naturelle ou mécanique.

**Exclusion :** Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas de réparation d'une valve cardiaque.

Sclérose en plaques désigne le diagnostic définitif d'au moins une des conditions suivantes :

- 1) au moins deux épisodes distincts, confirmés par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation; ou
- 2) des anomalies neurologiques bien définies persistant pour une période continue d'au moins six mois, confirmées par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation; ou
- 3) un seul épisode, confirmé par plusieurs résonances magnétiques du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation et s'étant développées à des intervalles d'au moins 1 mois.

Sclérose généralisée évolutive désigne le diagnostic définitif de sclérodermie généralisée évolutive avec atteinte systémique du cœur, des poumons ou des reins. Le diagnostic de sclérose généralisée évolutive doit être confirmé catégoriquement par une biopsie et des signes sérologiques.

**Exclusions** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas suivants

- 1) sclérodermie localisée (sclérodermie ou morphee linéaire);
- 2) fasciite éosinophilique; ou
- 3) syndrome de CREST.

Surdité désigne le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un seuil d'intensité vocale de 500 à 3 000 hertz.

Transplantation d'un organe vital désigne le diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour se qualifier à la transplantation d'un organe vital, la personne assurée doit subir une chirurgie pour recevoir par transplantation un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse, en se limitant à ces organes.

Transplantation d'un organe vital sur liste d'attente désigne le diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour se qualifier à la transplantation d'un organe vital sur liste d'attente, la personne assurée doit être inscrite comme receveuse dans un programme de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis et qui effectue la forme de transplantation requise. Aux fins de période de survie, la date du diagnostic est réputée être la date d'inscription de la personne assurée à un tel programme de transplantation.

Tumeur cérébrale bénigne désigne le diagnostic définitif d'une tumeur non maligne située dans la voûte du crâne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou par radiation ou provoquer des déficits neurologiques documentés et irréversibles.

- 1) **Exclusion** : Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas de microadénomes pituitaires de moins de 10 mm.
- 2) **Période d'exclusion** : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition si, dans les 90 jours suivant la dernière des dates suivantes :
  - a) la date de prise d'effet de l'assurance;
  - b) la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance;la personne assurée
  - a) a présenté des signes, symptômes ou subi des examens approfondis menant à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou exclu en vertu de la présente garantie), sans égard à la date du diagnostic;
  - b) a fait l'objet d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou exclu en vertu de la présente garantie).

L'information qui précède doit être transmise à l'assureur dans les six mois suivant la date du diagnostic à défaut de quoi, l'assureur peut refuser toute demande de prestations pour une tumeur cérébrale bénigne ou pour toute maladie grave ou maladie spécifique, causées par une tumeur cérébrale bénigne ou par son traitement.

## **PREUVES D'ASSURABILITÉ**

Le conjoint qui demande un montant de prestations plus élevé que le montant maximum pouvant être souscrit sans preuves d'assurabilité, tel qu'indiqué au TABLEAU DES GARANTIES pour la garantie d'assurance maladies graves de base des personnes à charge, doit fournir des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'assureur pour la partie du montant des prestations qui excède ce maximum.

## PAIEMENT DE LA PRESTATION

Le paiement de toute prestation relative au diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique est conditionnel à la réception préalable de preuves jugées satisfaisantes par l'assureur, confirmant :

- 1) que le spécialiste a établi le diagnostic; et
- 2) que le conjoint a survécu après le diagnostic et que les conditions décrites dans la définition de période de survie de la présente garantie ont été respectées.

## COUVERTURE POUR LES MALADIES GRAVES

Si le conjoint assuré reçoit le diagnostic d'une maladie grave telle que définie dans la présente garantie, l'assureur versera le montant de l'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Toutefois, si ce diagnostic est établi après tout diagnostic d'une maladie spécifique ou d'une précédente maladie grave pour laquelle une prestation a déjà été versée, le diagnostic ne peut faire l'objet d'une demande de prestations qu'en vertu de la section COUVERTURE EN CAS D'OCCURRENCES MULTIPLES.

## PRESTATION PARTIELLE EN CAS DE MALADIE SPÉCIFIQUE

Si le conjoint reçoit le diagnostic d'une maladie admissible en vertu de la présente section et définie ci-après, l'assureur versera une prestation équivalent à 10 % du montant de l'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, jusqu'à concurrence d'un maximum de 25 000 \$.

Le diagnostic d'une seule des maladies spécifiques suivantes est admissible en vertu de la présente section. Maladie spécifique désigne :

- 1) Angioplastie coronarienne désigne une intervention visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre la circulation ininterrompue du sang. Un spécialiste doit confirmer que cette chirurgie est médicalement nécessaire.
- 2) Carcinome canalaire *in situ* (cancer du sein) désigne le diagnostic d'un cancer du sein non invasif prenant naissance dans les canaux galactophores. Le diagnostic doit être confirmé au moyen d'une biopsie.
- 3) Cancer de la prostate au stade A (T1a or T1b) désigne le diagnostic d'une tumeur maligne, cliniquement non apparente, à la prostate, qui n'est ni palpable ni visible par imagerie. Le diagnostic doit être confirmé au moyen d'un examen pathologique du tissu prostatique.
- 4) Mélanome malin au stade 1A désigne le diagnostic d'un mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V. Le diagnostic doit être confirmé au moyen d'une biopsie.

**Période d'exclusion pour les maladies spécifiques** décrites en 2), 3) et 4) ci-dessus :

Aucune prestation n'est payable pour cette condition si le diagnostic a été établi dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de l'assurance ou la date de prise d'effet de la remise en vigueur de l'assurance en vertu de la présente garantie.

Si le conjoint a préalablement reçu le diagnostic d'une maladie grave pour laquelle une prestation a été versée, la demande de prestations ne peut être faite qu'en vertu de la section COUVERTURE EN CAS D'OCCURRENCES MULTIPLES.

En vertu de la présente section, une seule prestation à vie peut être versée au conjoint.

### **COUVERTURE EN CAS DE RÉCURRENCE DE CANCER**

L'assureur versera le montant de l'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES si le conjoint reçoit un diagnostic de cancer (avec risque de décès à court terme) après la réception d'un autre diagnostic de cancer si :

- 1) plus de 60 mois se sont écoulés depuis le diagnostic de cancer précédent; et
- 2) aucun traitement relié directement ou indirectement au cancer n'a été reçu durant cette période de 60 mois (les traitements n'incluent pas les médicaments préventifs et les visites de suivi chez le médecin).

L'assurance doit être en vigueur lorsque le diagnostic subséquent est établi.

### **COUVERTURE EN CAS D'OCCURRENCES MULTIPLES**

- 1) Si le conjoint a reçu le diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique pour laquelle une prestation a été versée et reçoit par la suite le diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique, l'assureur versera le montant de l'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Pour recevoir la prestation, le diagnostic doit avoir été établi au moins 90 jours après la date du plus récent paiement effectué pour le règlement d'une demande de prestations pour le diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique.

Toutefois, lorsque le conjoint a reçu le diagnostic d'une maladie spécifique pour laquelle une prestation a été versée et que le diagnostic suivant reçu par cet adhérent en est un de maladie grave, établi moins de 90 jours après la date du plus récent paiement de ladite prestation, l'assureur versera une prestation équivalant au montant de l'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES moins le montant versé pour le diagnostic de maladie spécifique.

- 2) Si le conjoint a reçu le diagnostic d'une maladie grave pour laquelle une prestation a été versée et reçoit par la suite le diagnostic d'une maladie spécifique, l'assureur versera une prestation équivalant à 10 % du montant de l'assurance indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, jusqu'à concurrence d'un maximum de 25 000 \$.

Pour recevoir la prestation, le diagnostic doit avoir été établi au moins 90 jours après la date du plus récent paiement effectué pour le règlement d'une demande de prestations pour le diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique.

Le paiement de toute prestation en vertu de la présente section est sujet aux restrictions indiquées dans la section EXCLUSIONS POUR RÉADMISSION.

### **EXCLUSIONS POUR RÉADMISSION**

Si le conjoint reçoit une prestation pour le diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique, l'assurance est automatiquement maintenue à condition que le paiement de la prime soit maintenu. Le conjoint peut faire une demande subséquente de prestations pour le diagnostic d'une autre maladie grave admissible, sous réserve des restrictions suivantes :

- 1) S'il a fait une demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 2) S'il a fait une demande de prestation pour anémie aplasique, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour anémie aplasique, cancer (avec risque de décès à court terme), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, mélanome malin au stade 1A ou perte d'autonomie.
- 3) S'il a fait une demande de prestation pour brûlures sévères, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour brûlures sévères, paralysie ou perte d'autonomie.
- 4) S'il a fait une demande de prestation pour cancer (avec risque de décès à court terme), le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour anémie aplasique, cancer (avec risque de décès à court terme), sauf si toutes les conditions stipulées à la section COUVERTURE EN CAS DE RÉCURRENCE DE CANCER sont respectées, pour cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, insuffisance hépatique à un stade avancé, mélanome malin au stade 1A ou perte d'autonomie.

- 5) S'il a fait une demande de prestation pour cardiomyopathie dilatée, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, cardiomyopathie dilatée, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, remplacement des valves du cœur, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 6) S'il a fait une demande de prestation pour cécité, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour cécité ou perte d'autonomie.
- 7) S'il a fait une demande de prestation pour chirurgie coronarienne, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance rénale, insuffisance hépatique à un stade avancé, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 8) S'il a fait une demande de prestation pour chirurgie de l'aorte, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 9) S'il a fait une demande de prestation pour coma, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, cécité, coma, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole ou surdité.
- 10) S'il a fait une demande de prestation pour crise cardiaque (infarctus du myocarde), le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 11) S'il a fait une demande de prestation pour dystrophie musculaire, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, cardiomyopathie dilatée, cécité, coma, crise cardiaque, dystrophie musculaire, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole, remplacement des valves du cœur, surdité, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.

- 12) S'il a fait une demande de prestation pour hépatite virale fulminante, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour cancer (avec risque de décès à court terme), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, hépatite virale fulminante, insuffisance hépatique à un stade avancé, mélanome malin au stade 1A, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 13) S'il a fait une demande de prestation pour hypertension artérielle pulmonaire primitive (hypertension artérielle pulmonaire idiopathique et hypertension artérielle pulmonaire familiale), le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour : accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, cardiomyopathie dilatée, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, hypertension artérielle pulmonaire primitive, insuffisance rénale, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 14) S'il a fait une demande de prestation pour infection au VIH dans le cadre de l'occupation, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour : accident vasculaire cérébral, cancer (avec risque de décès à court terme), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, cécité, coma, infection au VIH dans le cadre de l'occupation, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, mélanome malin au stade 1A, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole ou surdité.
- 15) S'il a fait une demande de prestation pour insuffisance hépatique à un stade avancé, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, crise cardiaque, coma, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 16) S'il a fait une demande de prestation pour insuffisance rénale, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 17) S'il a fait une demande de prestation pour maladie d'Alzheimer, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour maladie d'Alzheimer ou perte d'autonomie.
- 18) S'il a fait une demande de prestation pour maladie de Parkinson, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour coma, maladie de Parkinson, paralysie, perte d'autonomie ou perte de la parole.
- 19) S'il a fait une demande de prestation pour maladie du neurone moteur, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, cécité, coma, crise cardiaque, maladie du neurone moteur, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole ou surdité.



- 20) S'il a fait une demande de prestation pour méningite bactérienne, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, cécité, coma, méningite bactérienne, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole ou surdité.
- 21) S'il a fait une demande de prestation pour paralysie, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour coma, paralysie, perte d'autonomie ou perte de la parole.
- 22) S'il a fait une demande de prestation pour perte d'autonomie, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation. L'assurance en vertu de la présente garantie prend fin.
- 23) S'il a fait une demande de prestation pour perte de la parole, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour perte d'autonomie ou perte de la parole.
- 24) S'il a fait une demande de prestation pour perte de membres, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour perte d'autonomie ou perte de membres.
- 25) S'il a fait une demande de prestation pour remplacement des valves du cœur, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour : accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 26) S'il a fait une demande de prestation pour sclérose en plaques, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, cécité, coma, insuffisance rénale, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole, sclérose en plaques ou surdité.
- 27) S'il a fait une demande de prestation pour sclérose généralisée évolutive, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, cancer (avec risque de décès à court terme), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, cécité, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, mélanome malin au stade 1A, paralysie, perte d'autonomie, sclérose en plaques, sclérose généralisée évolutive, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 28) S'il a fait une demande de prestation pour surdité, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour perte d'autonomie ou surdité.

- 29) S'il a fait une demande de prestation pour transplantation d'un organe vital, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, anémie aplasique, cancer (avec risque de décès à court terme), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, mélanome malin au stade 1A, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 30) S'il a fait une demande de prestation pour transplantation d'un organe vital sur liste d'attente, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, anémie aplasique, cancer (avec risque de décès à court terme), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire *in situ* du sein, coma, crise cardiaque, insuffisance hépatique à un stade avancé, insuffisance rénale, mélanome malin au stade 1A, perte d'autonomie, transplantation d'un organe vital ou transplantation d'un organe vital sur liste d'attente.
- 31) S'il a fait une demande de prestation pour une tumeur cérébrale bénigne, le conjoint ne peut plus faire de demande de prestation pour accident vasculaire cérébral, cécité, coma, méningite bactérienne, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole, surdité ou tumeur cérébrale bénigne.

## **RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS**

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- 1) maladie grave ou maladie spécifique résultant directement ou indirectement
  - a) de dommages corporels que la personne assurée s'inflige intentionnellement, d'une exposition volontaire à une maladie ou d'une tentative de suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
  - b) d'une guerre, déclarée ou non, du service actif dans les forces armées d'un pays, de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
  - c) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel du Canada;
  - d) d'un abus d'alcool;
  - e) de l'usage de tout médicament, de tout narcotique, de toute substance intoxicante ou de toute autre substance nocive, sauf s'ils sont utilisés tel que prescrit ou recommandé par un médecin;
- 2) cancer qui se manifeste avant la date de prise d'effet de l'assurance ou avant la date de prise d'effet de la remise en vigueur de l'assurance, si ce cancer récidive ou se métastase après la prise d'effet de l'assurance, sauf si toutes les conditions stipulées dans la section COUVERTURE EN CAS DE RÉCURRENCE DE CANCER sont respectées;

- 3) maladie grave ou maladie spécifique résultant directement ou indirectement d'une condition préexistante.

Cette exclusion relative aux conditions préexistantes ne s'applique qu'aux montants d'assurance équivalents ou inférieurs au montant maximum sans preuves d'assurabilité indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Toutefois, si l'adhérent est assuré depuis une période continue de plus de 24 mois, ou a fourni une preuve d'assurabilité satisfaisante pour l'assureur pour un montant supérieur au maximum sans preuves d'assurabilité tel qu'indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, cette exclusion relative aux conditions préexistantes ne s'applique pas au montant alors approuvé par l'assureur.

Si l'adhérent était assuré en vertu d'une garantie similaire du contrat antérieur offert par l'employeur au cours de toute période de temps précédant immédiatement la date de prise d'effet de la présente garantie, la période pendant laquelle il a été couvert sera reconnue aux fins de l'exclusion relative aux conditions préexistantes de la présente garantie.

### **LIMITATIONS GÉOGRAPHIQUES**

Si une maladie grave ou une maladie spécifique est diagnostiquée à l'extérieur du Canada à la suite d'un accident ou d'une maladie, l'assureur n'étudie la demande de prestations que lorsque l'adhérent est de retour au Canada et qu'une évaluation médicale du diagnostic posé antérieurement a été obtenue.

### **FIN DE LA GARANTIE**

Cette garantie prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge indiqué au TABLEAU DES GARANTIES;
- 2) la première des dates indiquées dans la section CESSATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE;
- 3) la date à laquelle l'assureur verse la prestation applicable au diagnostic de perte d'autonomie pour la personne assurée en vertu de la présente garantie.
- 4) la date où l'assurance prend fin à la suite du décès de l'adhérent.

## **DROIT DE TRANSFORMATION**

Si l'assurance du conjoint prend fin par suite :

- 1) de la cessation d'emploi de l'adhérent;
- 2) de la cessation de son admissibilité en vertu du contrat;
- 3) de la cessation d'une période d'invalidité totale suivant laquelle l'adhérent n'est pas retourné à l'emploi de l'employeur;
- 4) du décès de l'adhérent;

et qu'il n'a pas atteint l'âge de 65 ans, il a le droit, sur demande écrite à l'assureur dans les 31 jours suivant la cessation, de transformer son assurance en une police individuelle d'assurance maladies graves alors offerte par l'assureur, sans preuves d'assurabilité. Le droit de transformation n'est pas offert dans les cas de résiliation du contrat ou de la garantie.

Le montant d'assurance qui peut être transformé ne peut en aucun cas excéder le montant de l'assurance du conjoint qui était en vigueur à la date de la cessation, jusqu'à concurrence d'un montant global de 200 000 \$ pour l'ensemble des garanties d'assurance maladies graves pouvant être transformées en vertu du contrat.

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

Si le conjoint reçoit le diagnostic d'une maladie grave ou d'une maladie spécifique dans les 31 jours suivant la cessation de son assurance en vertu de la présente garantie, le montant d'assurance maladies graves payable est celui qu'il aurait eu le droit de transformer.

## **DÉCLARATION ET PREUVE DE SINISTRE**

Avant de régler une demande relative à une maladie grave ou à une maladie spécifique, l'assureur exige des preuves écrites satisfaisantes attestant l'existence de ladite maladie et l'admissibilité de l'adhérent à une prestation au moment où le diagnostic a été établi.

Une déclaration initiale écrite de sinistre doit être présentée à l'assureur dans les 30 jours suivant la date de l'événement.

L'assureur se réserve le droit de vérifier le diagnostic auprès du ou des spécialistes traitants et de faire examiner à ses frais toute personne assurée pour qui une demande de prestations a été soumise.

## ASSURANCE SALAIRE DE COURTE 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 hebdomadaires en vertu de la présente garantie; cette période est indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

Dans le cas d'une invalidité totale qui survient pendant tout congé ou absence prévus au contrat, à l'exception d'un congé de maternité et d'un congé parental ou pour raisons familiales, pourvu que la présente garantie puisse être maintenue en vigueur, et qu'elle l'ait été, le délai de carence commence à la date prévue de retour au travail.

Hospitalisation désigne une admission à l'hôpital comme patient interne alité (salle ou chambre) pour un séjour qui dure plus de 18 heures consécutives.

Invalidité totale ou totalement invalide désigne un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident, qui exige des soins médicaux continus et qui empêche complètement l'adhérent d'accomplir l'ensemble des tâches habituelles de sa fonction principale, sans exception.

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.

Période maximale désigne le nombre maximal de semaines durant lesquelles les prestations sont payables. Cette période est indiquée au TABLEAU DES GARANTIES. Lorsque la présente garantie est intégrée en vertu du programme de l'assurance emploi, selon une intégration standard ainsi qu'il est indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, la période maximale inclut le nombre de semaines durant lesquelles des prestations d'assurance emploi sont payables par le Développement des ressources humaines Canada (D.R.H.C.).

Revenu hebdomadaire net désigne le revenu hebdomadaire de l'adhérent immédiatement avant le début de l'invalidité totale moins tous les impôts sur le revenu, les cotisations au Régime de pensions du Canada ou au Régime de rentes du Québec et les cotisations à l'assurance emploi prélevés sur le salaire.

## 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 indiqué au TABLEAU DES GARANTIES; et
- 2) que l'adhérent reçoit les soins médicaux continus d'un médecin selon ce qui est indiqué dans la partie DÉFINITIONS du contrat;

l'assureur verse à l'adhérent les prestations hebdomadaires aussi longtemps que celui-ci continue d'être totalement invalide, jusqu'à concurrence de la période maximale indiquée au TABLEAU DES GARANTIES et conformément aux dispositions applicables du contrat.

Tout accident tel que défini dans la partie DÉFINITIONS du contrat doit être constaté par un médecin et être survenu au plus tard 30 jours avant le début de l'invalidité totale.

La période de congé de maladie du congé de maternité de tout adhérent est considérée comme une période d'invalidité totale aux fins du paiement des prestations de la présente protection, peu importe que son assurance ait ou non été maintenue en vigueur pendant ce congé. Conformément à ce qui est prévu au contrat, les prestations payables à l'adhérent à l'égard de cette période sont alors réduites de toutes autres prestations de maternité qui lui sont payables en vertu de tout régime public ou privé.

Dans le cas d'une invalidité totale qui survient durant la période de congé volontaire du congé de maternité, ou durant une période de congé parental ou de congé familial, le versement des prestations commence à la dernière des dates suivantes, pourvu que la présente garantie ait été maintenue en vigueur et que l'adhérent soit toujours totalement invalide et couvert en vertu de la présente garantie :

- 1) la date à laquelle le délai de carence se termine;
- 2) la date prévue de retour au travail.

Le montant de la prestation hebdomadaire payable en vertu de la présente garantie est celui indiqué au TABLEAU DES GARANTIES, compte tenu du revenu en vigueur immédiatement avant le début de l'invalidité totale.

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

L'assureur effectue le versement des prestations en vertu de la présente garantie à la fin de chaque semaine, à compter de la date la plus tardive entre :

- 1) la date à laquelle le délai de carence se termine, et
- 2) le premier jour où l'adhérent consulte un médecin.

Le délai de carence est exprimé en jours de calendrier.

Les paiements à l'égard d'une période de moins d'une semaine sont calculés au taux quotidien de 1/7 de la prestation hebdomadaire.

## 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 hebdomadaires pour une invalidité totale et qu'il participe à un programme de gestion de l'invalidité ou à 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 de la période maximale de versement de prestations hebdomadaires prévue par la présente garantie;
- 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 semaines pendant lesquelles des prestations hebdomadaires 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 :

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

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 hebdomadaires 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 hebdomadaires 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 garantie assurance salaire de longue durée de l'adhérent, 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.

Un 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 hebdomadaires prévues par la présente garantie.

### **RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ**

L'assureur considère des périodes successives d'invalidité totale qui surviennent après que des prestations hebdomadaires sont devenues payables comme étant une même période d'invalidité totale sauf si elles sont séparées d'au moins :

- 1) deux semaines consécutives de travail à temps plein, si l'invalidité totale est due à la même cause ou à des causes connexes; ou
- 2) un jour de travail à temps plein, si l'invalidité totale est due à une cause complètement indépendante de la première.

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 et sous réserve de la période maximale de versement des prestations indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.



## RÉDUCTION DES PRESTATIONS HEBDOMADAIRES, RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

### 1) Réduction des prestations hebdomadaires

Les prestations hebdomadaires payables en vertu de la présente garantie sont réduites :

- 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) si la période maximale de versement des prestations indiquée au TABLEAU DES GARANTIES excède 17 semaines, 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, à l'exclusion :
  - i) des prestations pour les personnes à charge; et
  - ii) de tout montant versé en sus de la prestation initiale à titre d'indexation sur le coût de la vie, une fois que le versement des prestations a commencé;
- c) de toute indemnité de remplacement du revenu payable à l'adhérent en vertu :
  - i) de la Loi sur l'assurance automobile du Québec;
  - ii) du Régime de protection des automobilistes de l'Ontario; ou
  - iii) de tout autre régime public d'assurance automobile sans égard à la responsabilité;

à condition que ces régimes puissent être inclus à la présente garantie aux fins de la réduction des prestations et qu'ils permettent que la présente garantie soit enregistrée pour la réduction des cotisations conformément à la Loi sur l'assurance emploi, sous réserve de toute modification législative;
- d) de toute indemnité de remplacement de revenu touchée par l'adhérent en vertu de toute autre loi fédérale ou provinciale;
- e) de toute indemnité touchée par l'adhérent en vertu de tout revenu ou de tout régime d'avantages sociaux établi par le preneur.

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.

L'assureur réduira aussi les prestations hebdomadaires 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.

Si l'adhérent touche un montant forfaitaire en vertu de tout régime ou de toute loi décrite ci-dessus, l'assureur réduit les prestations hebdomadaires de ce montant ramené sur une base hebdomadaire.

## 2) Restrictions

Aucune prestation hebdomadaire n'est payable au cours de l'une ou l'autre des périodes suivantes :

- a) La période au cours de laquelle l'adhérent prend la portion «congé volontaire» d'un congé de maternité, tel que décrit à la section DÉFINITIONS, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- b) la période au cours de laquelle l'adhérent prend un congé parental ou familial, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- c) pendant toute période d'arrêt de travail par suite d'une grève, d'un lock-out, d'une mise à pied ou d'un congé autorisé;
- d) durant l'emprisonnement de l'adhérent par suite d'une condamnation pour infraction;
- e) 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.

### 3) Exclusions

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

- a) des dommages corporels que l'adhérent s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- b) 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;
- c) une infraction ou tentative d'infraction au Code criminel;
- d) 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;
- e) 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 reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation et qu'il séjourne dans un centre spécialisé reconnu;
- f) 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.

### **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 une tâche rémunératrice autre qu'une activité de réadaptation rémunératrice approuvée par l'assureur;
- 3) la date fixée par l'assureur à laquelle l'adhérent est censé lui avoir fourni des preuves satisfaisantes de son invalidité totale, 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 limite applicable à la présente garantie, laquelle est indiquée au TABLEAU DES GARANTIES. Toutefois, si l'adhérent devient totalement invalide avant d'atteindre l'âge limite, qu'il l'est toujours lorsqu'il atteint cet âge et qu'il n'a pas encore reçu 15 semaines de prestations à l'égard de cette invalidité, l'assurance sera prolongée, indépendamment de la limite d'âge pour cette garantie, jusqu'à la première des dates suivantes, soit :
- a) la date à laquelle cet adhérent a reçu des prestations pendant 15 semaines;
  - b) la date à laquelle cet adhérent cesse d'être totalement invalide; ou
  - c) la date à laquelle cet adhérent prend sa retraite.

### **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 courte 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 une preuve écrite de sinistre à l'assureur dans les 60 jours suivant la date du début de l'invalidité totale.

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

# 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.

Dans le cas d'une invalidité totale qui survient pendant tout congé ou absence prévus au contrat, à l'exception d'un congé de maternité et d'un congé parental ou pour raisons familiales, pourvu que la présente garantie puisse être maintenue en vigueur, et qu'elle l'ait été, le délai de carence commence à la date prévue de retour au travail.

Revenu mensuel net désigne le revenu mensuel de l'adhérent immédiatement avant le début de l'invalidité totale moins tous les impôts sur le revenu, les cotisations au Régime de pensions du Canada ou au Régime de rentes du Québec et les cotisations à l'assurance emploi prélevés sur le salaire.

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 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.

Toutefois, un adhérent souffrant d'une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B ou de toute autre maladie transmissible grave et à qui il a été recommandé, d'un point de vue professionnel et médical, de ne pas exercer ses fonctions, est considéré totalement invalide pendant la période durant laquelle il lui est interdit d'exercer sa profession par tout organisme fédéral, provincial, territorial ou tout autre organisme de réglementation.

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.

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.

La période de congé de maladie du congé de maternité de tout adhérent est considérée comme une période d'invalidité totale aux fins du paiement des prestations de la présente protection, peu importe que son assurance ait ou non été maintenue en vigueur pendant ce congé. Conformément à ce qui est prévu au contrat, les prestations payables à l'adhérent à l'égard de cette période sont alors réduites de toutes autres prestations de maternité qui lui sont payables en vertu de tout régime public ou privé.

Dans le cas d'une invalidité totale qui survient durant la période de congé volontaire du congé de maternité, ou durant une période de congé parental ou de congé familial, le versement des prestations commence à la dernière des dates suivantes, pourvu que la présente garantie ait été maintenue en vigueur et que l'adhérent soit toujours totalement invalide et couvert en vertu de la présente garantie :

- 1) la date à laquelle le délai de carence se termine;
- 2) la date prévue de retour au travail.

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.

## **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 prestation d'invalidité 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, à l'exception :
  - i) des prestations pour les personnes à charge;
  - ii) de tout montant versé en sus de la prestation initiale à titre d'indexation sur le coût de la vie une fois que le versement des prestations a commencé;
- c) 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;
- d) de toute prestation d'invalidité payable par un régime de retraite privé.

### 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) 85 % 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) 85 % 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, 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;
- d) toute prestation d'invalidité payable en vertu du Régime de pensions du Canada, 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 d'invalidité payable par un régime de retraite privé, 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;
- h) toute indemnité de remplacement du revenu payable en vertu de tout régime public 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 en 1) et en 2) 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 laquelle l'adhérent prend la portion «congé volontaire» d'un congé de maternité, tel que décrit à la section DÉFINITIONS, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- c) durant un congé parental ou familial pris par un adhérent conformément aux dispositions de la loi provinciale ou fédérale applicable, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- d) durant l'emprisonnement de l'adhérent par suite d'une condamnation pour infraction;
- e) 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.

L'assureur n'effectue aucun versement pour toute période d'invalidité totale qui commence au cours des douze premiers mois durant lesquels l'adhérent est couvert si cette invalidité totale découle directement ou indirectement d'une maladie ou de dommages corporels pour lesquels l'adhérent a reçu les soins d'un médecin ou a pris des médicaments prescrits sur ordonnance pendant les trois mois précédant immédiatement la date de prise d'effet de son assurance.

Toutefois, si la police est en vigueur depuis moins de 12 mois, mais que l'employé était assuré en vertu du contrat antérieur comportant des garanties similaires offert par l'employeur au cours de toute période de temps précédant immédiatement la date de prise d'effet de la police, cette période de temps sera prise en compte dans la détermination de la période de 12 mois d'assurance.

#### 4) Exclusions

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

- a) des dommages corporels que l'adhérent s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- b) 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;
- c) une infraction ou tentative d'infraction au Code criminel;
- d) 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;
- e) 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;
- f) 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) deux semaines consécutives de travail à temps plein durant le délai de carence; ou
- 2) six 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 60 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 60 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 – RÉGIMES A ET B

### 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.

Établissement spécialisé en soins palliatifs désigne tout établissement au Canada légalement désigné comme tel, dont la fonction consiste à donner, sous la surveillance d'un médecin, des soins et des traitements aux malades, principalement durant la phase terminale de la maladie, à fournir des soins infirmiers 24 heures sur 24, dispensés par une infirmière autorisée et à tenir des registres quotidiens sur chaque malade confié aux soins d'un médecin. Cependant, les hôpitaux pour soins de courte durée légalement désignés comme tels, les établissements de soins prolongés, les maisons de repos, les maisons de convalescence ou de réadaptation, les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les sanatoriums, les hôpitaux de convalescence et les établissements qui dispensent des soins aux alcooliques ou aux toxicomanes ne sont pas inclus.

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.

Invalidité totale ou totalement invalide désigne un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident qui empêche complètement l'adhérent de se livrer à tout travail, pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation et de son expérience.

Maison de convalescence/réadaptation désigne tout établissement au Canada, reconnu à titre de maison 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.

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 aucune condition médicale, ou est affectée par une condition médicale qui :

- 1) n'a fait l'objet d'aucune modification ou recommandation de modification du traitement ou de la posologie des médicaments prescrits; et
- 2) n'est caractérisée par aucun symptôme ne laissant présager une détérioration de la condition médicale 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.

## **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.

Si l'adhérent réside au Québec, pour toute année civile, le maximum de frais admissibles de médicaments qu'il engage et 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 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 %.

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

Si l'entrée en vigueur de l'assurance d'une personne à charge est retardée parce que la personne 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.

Cette disposition ne s'applique pas lorsque la personne assurée réside au Québec.



## **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.

## **TICKET MODÉRATEUR**

Le ticket modérateur est la partie des frais admissibles que l'adhérent doit payer pour chaque médicament pour lequel des frais ont été engagés, avant que la présente garantie ne donne droit à un remboursement. Le montant du ticket modérateur 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 – NE S'APPLIQUE PAS AU RÉGIME B**

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

Établissement spécialisé en soins palliatifs : les frais d'hospitalisation pour des soins palliatifs jusqu'à concurrence de la limite indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

Maison de convalescence ou de réadaptation : les frais de séjour dans une chambre à deux lits (semi-privée), repas compris, dans une maison 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.

Si l'adhérent réside en Colombie-Britannique, en Saskatchewan ou au Manitoba, le remboursement des médicaments ou des produits prescrits ne doit pas dépasser la franchise et le pourcentage de remboursement prescrits de temps à autre en vertu du programme Pharmacare de la Colombie-Britannique ou du Manitoba, ou du Programme de médicaments sur ordonnance de la Saskatchewan.

- 2) Les contraceptifs oraux prescrits par un médecin.
- 3) Tout médicament pouvant être injecté ou tout vaccin prescrit par un médecin dans le but de prévenir ou de traiter une maladie; les vaccins préventifs sont limités à un maximum payable de 100 \$ par année civile, par personne assurée.
- 4) Les injections de substances sclérosantes pour le traitement des varices, à condition que ces traitements soient nécessaires à des fins médicales et non esthétiques, à raison d'un maximum payable de 20 \$ par visite par personne assurée.
- 5) Les bâtonnets réactifs et seringues pour le traitement du diabète.
- 6) Les produits anesthésiants administrés lors d'une intervention qui n'a pas lieu dans un hôpital, jusqu'à concurrence d'un maximum payable de 20 \$ par intervention.
- 7) Les produits antitabac, jusqu'à concurrence d'un montant viager payable de 300 \$ par personne assurée.
- 8) Les médicaments pour le traitement de l'infertilité jusqu'au maximum combiné prévu dans le paragraphe Traitement de l'infertilité.

## 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, de psychothérapie 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 dans le 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.

1) services ne nécessitant pas de recommandation médicale :

- acupuncteur;
- audiologiste ou thérapeute de l'ouïe; \*
- chiropraticien;
- ergothérapeute;
- psychologue, travailleur social ou conseiller en orientation; \*
- physiothérapeute, psychiatre, thérapeute en réadaptation physique ou thérapeute du sport. \*
- ostéopathe;
- orthophoniste ou thérapeute de la parole; \*
- homéopathe;
- naturopathe;
- podiatre ou podologue; \*
- kinésithérapeute et kinothérapeute. \*

\* Le maximum indiqué au TABLEAU DES GARANTIES s'applique à l'ensemble des frais engagés auprès de l'un ou l'autre des spécialistes de la catégorie.

2) services nécessitant une recommandation médicale :

- diététiste;
- masseur, massothérapeute et orthothérapeute \*

\* Le maximum indiqué au TABLEAU DES GARANTIES s'applique à l'ensemble des frais engagés auprès de l'un ou l'autre des spécialistes de la catégorie.

Les frais engagés pour des techniques d'imagerie utilisées par un chiropraticien, un ostéopathe, un podiatre ou un podologue sont couverts, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 50 \$ par année civile par personne assurée pour chacune des spécialités.

Dans la province de l'Ontario, le remboursement des frais engagés auprès d'un podiatre ou d'un podologue s'applique seulement aux frais admissibles engagés après que le montant maximum annuel couvert en vertu du régime provincial d'assurance maladie a été atteint. L'assureur exige une preuve attestant que ce maximum annuel a été atteint.

Dans les autres provinces (sauf le Québec), le remboursement de ces frais s'applique selon ce qui est permis en vertu du régime provincial d'assurance maladie. L'assureur exige une preuve attestant que le maximum a été atteint, s'il y a lieu.

#### 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 conventionnel : achat ou location, à la discrétion de l'assureur, jusqu'à concurrence d'un maximum viager payable de 1 500 \$ par personne assurée.

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 conventionnel : achat ou location, à la discrétion de l'assureur.

Chaussures orthopédiques : achat, à raison d'une paire et jusqu'à concurrence d'un montant payable de 400 \$ 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. Dans le cas d'une personne assurée qui réside au Québec, 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, mais les chaussures profondes ne sont pas considérées comme des chaussures orthopédiques. Les chaussures normales faisant partie de l'inventaire courant sont exclues.

## ORTHÈSES ET PROTHÈSES

Dans le cas d'une personne assurée qui réside au Québec, les frais qui sont engagés pour des prothèses ou des orthèses ne sont admissibles que dans les cas où ces articles sont fabriqués et facturés par des laboratoires détenant un permis en vertu d'une loi sur la protection de la santé publique.

Orthèse podiatrique ou support plantaire : achat, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 200 \$ par année civile, par personne assurée.

Membre artificiel : achat, les frais de réparation sont également couverts. Les frais de remplacement sont couverts si le remplacement découle d'un changement physiologique.

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 : 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 deux soutiens-gorge pour prothèses mammaires, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 200 \$ par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs.

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 36 mois consécutifs.

Prothèse capillaire : achat, lorsqu'une telle prothèse est nécessaire à la suite d'un traitement de chimiothérapie, jusqu'à concurrence d'un montant payable viager de 200 \$ par personne assurée.

## 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 de 200 \$ de frais admissibles et d'un seul appareil par personne assurée pour toute période de 36 mois consécutifs.

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

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, jusqu'à concurrence d'un montant payable viager de 700 \$ par personne assurée.

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'ils soient de compression moyenne ou forte (plus de 20mm/Hg) et fournis dans une pharmacie ou dans un établissement médical, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 500 \$ par année civile, par personne assurée.

Stérilet : achat, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 50 \$ 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 examens aux rayons X, aux ultrasons et par résonance magnétique), analyse de laboratoire et traitements au radium ou aux rayons X, à l'exclusion des services reçus à l'hôpital, jusqu'à concurrence d'un montant de 500 \$ de frais admissibles par année civile, par personne assurée.

## 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.



## CURES ET TRAITEMENTS

Traitement de l'infertilité : les frais engagés pour tout traitement de l'infertilité, y compris les médicaments, à raison d'un maximum de trois cycles par année civile, sous réserve d'un montant payable de 1 000 \$ par année civile et jusqu'à concurrence d'un maximum viager payable de 3 000 \$ par personne assurée.

## SOINS DE LA VUE

Examen de la vue : y compris la vérification de la réfraction oculaire, étant entendu que ces services doivent être rendus par un ophtalmologiste autorisé ou un optométriste diplômé, jusqu'à concurrence du montant payable indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Cristallin artificiel : achat de cristallin implanté chirurgicalement en remplacement du cristallin naturel à la suite d'une cataracte, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 200 \$ par année civile, par personne assurée.

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.

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

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.

---

**Provenance de l'appel****Numéro à composer**

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) l'assureur doit donner son 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.

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 indiqué au TABLEAU DES GARANTIES et aux maximums définis ci-après :

- 1) les frais engagés hors de la province de résidence, mais au Canada : aucun maximum;
- 2) les frais engagés hors du Canada : jusqu'à concurrence de 50 000 \$ par année civile, par personne assurée.

## **FRAIS ADMISSIBLES - ASSURANCE VOYAGE – NE S'APPLIQUE PAS AU RÉGIME B**

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 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 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, 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 son véhicule ou celui qu'elle a loué et qu'aucun membre de la famille immédiate ou compagnon de voyage l'accompagnant ne soit en état de le faire; le retour peut être effectué par une agence commerciale, mais il doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance; le remboursement maximal est de 1 000 \$ par adhérent;
  - 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), jusqu'à concurrence de 5 000 \$; le coût du cercueil n'est pas inclus dans l'assurance; le retour doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance.
- 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 adhérent, 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

---

### **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 services, les soins ou les produits fournis à l'adhérent par l'employeur;
  - e) les fauteuils roulants conçus ou adaptés pour permettre la participation à des activités sportives;
  - f) les lits électriques;
  - g) 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 climatiseurs, les baignoires à remous ou autres appareils de même nature;
  - h) les équipements de type «Obus Forme»;

- i) 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;
- j) les couches pour incontinence;
- k) les soins dentaires, sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;
- l) 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;
- m) les voyages de santé ou les voyages effectués pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- n) les services, les soins ou les produits non inclus dans la liste des frais admissibles;
- o) les frais admissibles qui découlent directement ou indirectement :
  - i) de dommages corporels que l'assuré s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
  - ii) de soins esthétiques;
  - iii) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel;
  - iv) 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;
  - v) 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;
  - vi) 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 pour les résidents du Québec les frais engagés pour l'achat de médicaments que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments couvrirait ne sont pas visés par la présente exclusion;
- p) les frais engagés pour une cure de désintoxication;
- q) les lunettes de soleil ou les lunettes protectrices.



2) Exclusions applicables aux médicaments

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

- a) les médicaments, les hormones, les produits et les injections servant au traitement de l'obésité;
- b) les produits anticonceptionnels (gelées et mousses contraceptives et prophylactiques), sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;
- c) 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 et les préparations homéopathiques;
  - v) les écrans solaires;
  - vi) les savons;
  - vii) les laxatifs d'usage courant;
  - viii) les antiacides stomacaux d'usage courant;
  - ix) les émoullients épidermiques;
  - x) les désinfectants et les pansements usuels;
  - xi) les eaux minérales;
  - xii) les préparations de lait de toute nature pour bébés;
  - xiii) les protéines ou suppléments diététiques (c'est-à-dire les produits servant de supplément ou de complément à l'alimentation);
- d) 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;
- e) les produits et les médicaments prescrits pour le traitement de dysfonctions sexuelles;
- f) 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.

Pour les personnes assurées qui résident au Québec, 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) Restrictions applicables aux médicaments

La quantité des médicaments ou produits achetés ne doit pas dépasser une provision de 34 jours; cette restriction est de 100 jours pour les médicaments d'entretien.

4) Exclusions et limitations 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.

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 ou une région 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 ou la région 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 ou cette région dans les meilleurs délais;

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.

Les prestations d'assurance voyage sont limitées au maximum indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

## **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 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 douze mois consécutifs suivant la date où les frais ont été engagés. De plus, un avis écrit doit être transmis à l'assureur au cours des 30 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.

Tous les frais engagés au moyen de la carte de paiement, s'il y a lieu, qui ne sont pas payables en vertu des termes de la garantie d'ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE mais qui ont été engagés par une pharmacie membre à l'égard de toute personne assurée (et qui n'ont pas été recouverts par la pharmacie après que des mesures raisonnables ont été prises), doivent être payés par le preneur à l'assureur, tels qu'ils ont été facturés.

## ASSURANCE MÉDICAMENTS – RÉGIME C

### 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.

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.

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.

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

Recommandation médicale désigne l'ordre de fournir un médicament 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.

### 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.

Si l'adhérent réside au Québec, pour toute année civile, le maximum de frais admissibles de médicaments qu'il engage et 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 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 %.

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

Si l'entrée en vigueur de l'assurance d'une personne à charge est retardée parce que la personne 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.

Cette disposition ne s'applique pas lorsque la personne assurée réside au Québec.

## **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.

## **TICKET MODÉRATEUR**

Le ticket modérateur est la partie des frais admissibles que l'adhérent doit payer pour chaque médicament pour lequel des frais ont été engagés, avant que la présente garantie ne donne droit à un remboursement. Le montant du ticket modérateur 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

Les frais admissibles au Canada comprennent les frais suivants :

### 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.

Si l'adhérent réside en Colombie-Britannique, en Saskatchewan ou au Manitoba, le remboursement des médicaments ou des produits prescrits ne doit pas dépasser la franchise et le pourcentage de remboursement prescrits de temps à autre en vertu du programme Pharmacare de la Colombie-Britannique ou du Manitoba, ou du Programme de médicaments sur ordonnance de la Saskatchewan.

- 2) Les contraceptifs oraux prescrits par un médecin.
- 3) Tout médicament pouvant être injecté ou tout vaccin prescrit par un médecin dans le but de prévenir ou de traiter une maladie; les vaccins préventifs sont limités à un maximum payable de 100 \$ par année civile, par personne assurée.
- 4) Les injections de substances sclérosantes pour le traitement des varices, à condition que ces traitements soient nécessaires à des fins médicales et non esthétiques, à raison d'un maximum payable de 20 \$ par visite par personne assurée.
- 5) Les bâtonnets réactifs et seringues pour le traitement du diabète.



- 6) Les produits anesthésiants administrés lors d'une intervention qui n'a pas lieu dans un hôpital, jusqu'à concurrence d'un maximum payable de 20 \$ par intervention.
- 7) Les produits antitabac, jusqu'à concurrence d'un montant viager payable de 300 \$ par personne assurée.
- 8) Les médicaments pour le traitement de l'infertilité, à raison d'un maximum de trois cycles par année civile, sous réserve d'un montant payable de 1 000 \$ par année civile et jusqu'à concurrence d'un maximum viager payable de 3 000 \$ par personne assurée

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

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.

## RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

- 1) Aucun remboursement n'est effectué en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :
  - a) 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 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 soins ou les produits administrés à des fins expérimentales;
  - d) les soins ou les produits non inclus dans la liste des frais admissibles;
  - e) les soins ou les produits fournis à l'adhérent par l'employeur;
  - f) les médicaments, les hormones, les produits et les injections servant au traitement de l'obésité;
  - g) les produits anticonceptionnels (gelées et mousses contraceptives et prophylactiques), sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;
  - h) 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 et les préparations homéopathiques;
    - v) les écrans solaires;
    - vi) les savons;
    - vii) les laxatifs d'usage courant;
    - viii) les antiacides stomacaux d'usage courant;
    - ix) les émoullients épidermiques;
    - x) les désinfectants et les pansements usuels;
    - xi) les eaux minérales;
    - xii) les préparations de lait de toute nature pour bébés;

- xiii) les protéines ou suppléments diététiques (c'est-à-dire les produits servant de supplément ou de complément à l'alimentation);
- i) 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;
- j) les frais admissibles qui découlent directement ou indirectement 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;
- k) les frais engagés à l'extérieur du Canada;
- l) les produits et les médicaments prescrits pour le traitement de dysfonctions sexuelles;
- m) 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.

Pour les personnes assurées qui résident au Québec, 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.

## 2) Restrictions

La quantité des médicaments ou produits achetés ne doit pas dépasser une provision de 34 jours; cette restriction est de 100 jours pour les médicaments d'entretien.

## **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.

## **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.

## **DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE**

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.

Tous les frais engagés au moyen de la carte de paiement, qui ne sont pas payables en vertu des termes de la présente garantie mais qui ont été engagés par une pharmacie membre à l'égard de toute personne assurée (et qui n'ont pas été recouverts par la pharmacie après que des mesures raisonnables ont été prises), doivent être payés par le preneur à l'assureur, tels qu'ils ont été facturés.

## 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 31 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**

#### **EXAMENS**

- Examen buccal complet, une fois tous les 24 mois
- Examen buccal de rappel, selon la fréquence indiquée au TABLEAU DES GARANTIES
- Examen buccal d'aspect particulier, une fois tous les 6 mois
- Examen buccal d'urgence

## RADIOGRAPHIES

- Série complète de radiographies périapicales ou panoramiques, limitée à une série tous les 24 mois
- Radiographies intra-orales et radiographies servant à diagnostiquer un symptôme ou à examiner les progrès dans une série de traitements particuliers
- Interprétation de radiographies provenant d'une autre source
- Photographie
- Radiographie de la main et du poignet, comme aide diagnostique au traitement dentaire

## TESTS ET EXAMENS DE LABORATOIRE

- Cultures/frottis bactériologiques pour la détermination d'agents pathologiques
- Biopsies
- Test de vitalité
- Modèles de diagnostic, non montés

## PRÉSENTATION ET EXPLICATION DE CAS

- Consultation avec un patient (un jour autre que celui de l'examen)

## SERVICES DE PRÉVENTION

- Polissage, selon la fréquence indiquée au TABLEAU DES GARANTIES
- Détartrage léger à des fins préventives plutôt que thérapeutiques : selon la fréquence indiquée au TABLEAU DES GARANTIES
- Application topique de fluorure, pour les enfants âgés de moins de seize ans : selon la fréquence indiquée au TABLEAU DES GARANTIES
- Finition des obturations
- Scellants de puits et fissures, pour les enfants âgés de moins de seize ans
- Meulage interproximal
- Appareils de maintien en l'absence de dents primaires, pour les enfants âgés de moins de seize ans
- Odontotomie prophylactique/améloplastie

## **SOINS DE BASE, ENDODONTIE ET PARODONTIE**

### **RESTAURATION**

- Amalgame (argent)
- Restaurations en composite selon ce qui est indiqué à la partie LIMITATIONS afférentes aux frais dentaires du TABLEAU DES GARANTIES
- Tenons de rétention pour restauration en amalgame ou en composite
- Couronnes préfabriquées en acier inoxydable et en polycarbonate, pour les enfants de moins de seize ans
- Carie / trauma / contrôle de la douleur, acte distinct d'une restauration

### **ENDODONTIE**

- Traitement d'une maladie de la chambre pulpaire et des canaux dentaires (traitement de canal)

### **PARODONTIE**

Traitements de tissus mous (gencives) et de l'os sur lesquels sont implantées les dents. Toutefois les frais admissibles suivants sont limités :

- a) visites post-opératoires, quatre visites par année civile
- b) curetage dispensé par un dentiste, une fois par période de 60 mois
- c) détartrage à des fins thérapeutiques, limité à 12 unités de temps par année civile
- d) ajustement pour appareil parodontal pour contrôler uniquement le bruxisme, limité à un ajustement par année civile

### **ENTRETIEN DE PROTHÈSES AMOVIBLES**

- Réparation
- Addition (à une prothèse amovible existante)
- Regarnissage
- Rebasage
- Ajustement de prothèses, trois mois après l'insertion



## CHIRURGIE BUCCALE

- Extractions - sans complications et complexes
- Ablation de racines résiduelles
- Exposition chirurgicale des dents
- Alvéoplastie, gingivoplastie, stomatoplastie et ostéoplastie
- Reconstruction du procès alvéolaire
- Extension des replis muqueux
- Excisions
- Incisions
- Frénectomie
- Actes chirurgicaux divers

## SERVICES ADDITIONNELS

Seules l'anesthésie générale et la sédation consciente sont couvertes.

## 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.

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 50 % 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 peut être limité aux frais remboursables pour les restaurations en amalgame selon ce qui 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) des dommages corporels que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
  - b) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel;
  - c) 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;
  - d) 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.

## **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**

Si le dentiste utilise le système d'échange électronique de données (EDI), l'adhérent n'a pas à présenter de demande à l'assureur pour obtenir son remboursement. EDI permet au dentiste de valider l'admissibilité de la personne assurée, de confirmer que les soins dispensés ou prescrits sont assurés et d'obtenir la confirmation du montant que l'assureur remboursera directement à l'adhérent, ou au dentiste, et celui que la personne assurée devra assumer. Le dentiste soumet lui-même la demande de prestations via EDI et remet une copie de la confirmation à la personne assurée.

Dans le cas d'un dentiste qui n'utilise pas le système d'échange électronique de données (EDI), 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.

# Notre engagement envers nos adhérents

En tant qu'adhérent, vous avez droit à notre attention, à notre respect et à notre disponibilité. Vous pouvez compter sur l'engagement de notre équipe à traiter vos demandes avec objectivité et diligence afin de toujours bien vous servir.

Desjardins Assurances place les besoins de ses adhérents au centre de ses préoccupations. Votre sécurité financière nous est primordiale. Ainsi, nous sommes en mesure d'apporter un soutien financier en cas de maladie, d'accident ou de décès.

La présente brochure donne un aperçu de nos obligations financières envers vous.

[desjardinsassurancevie.com](http://desjardinsassurancevie.com)



**Desjardins**  
**Assurances**

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

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

This document was printed on Cascades Rolland Enviro100 paper.

