

DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE, COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE
SIÈGE SOCIAL : LÉVIS (QUÉBEC)

Avenant n° 22

au contrat d'assurance collective n° Q857

À compter du **1^{er} janvier 2019**, sous l'**ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE DE L'ADHÉRENT**, le maximum des prestations passe de 547 \$ à une somme égale au maximum des prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance emploi.

Par conséquent, les pages sont remplacées comme suit :

Pages retirées	Pages de remplacement
TABLEAU DES GARANTIES page 6	TABLEAU DES GARANTIES page 6

Signé à Montréal, le 18 septembre 2019.



Gregory Chrispin

Premier vice-président,
Gestion de patrimoine et Assurance de personnes
Desjardins Sécurité financière,
compagnie d'assurance vie



Josée Dixon

Première vice-présidente,
Assurance pour les groupes et les entreprises
Desjardins Sécurité financière,
compagnie d'assurance vie

PRENEUR	METRO RICHELIEU INC & S.T.T.E.U.M.R. (CSN)
NUMÉRO DU CONTRAT	Q857
DATE DE PRISE D'EFFET	Le 1 ^{er} janvier 2010 à 00 h 01, heure locale, à l'adresse du siège social du preneur.
DATE DE RENOUELEMENT	Le 1 ^{er} janvier 2011 À compter du 1^{er} février 2017 , la date de renouvellement est modifiée pour le 1 ^{er} octobre 2017 et à chaque 1 ^{er} octobre par la suite. ¹
ANNÉE D'ASSURANCE	La première année d'assurance est la période de 12 mois consécutifs comprise entre la date d'entrée en vigueur du présent contrat et la date du premier renouvellement. À partir de cette dernière date, les années d'assurance durent 12 mois chacune.
DATE D'ÉCHÉANCE DE LA PRIME	La prime mensuelle initiale est exigible et payable à la date de prise d'effet. Les primes mensuelles subséquentes sont payables d'avance le premier jour de chaque mois.

Les dispositions contenues dans les pages suivantes ou ajoutées par avenant par l'assureur ont la même valeur que si elles apparaissaient au-dessus de la signature des représentants autorisés de l'assureur.

¹ Modifié le 1^{er} février 2017 (Avenant n° 19)

TABLE DES MATIÈRES

COMPTES ET CATÉGORIES

TABLEAU DES GARANTIES

DÉFINITIONS

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

STIPULATIONS GÉNÉRALES

PRIMES

ADMISSIBILITÉ

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE ET EXONÉRATION DES PRIMES

CESSATION DE L'ASSURANCE

DEMANDES DE PRESTATIONS

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE

ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ADHÉRENT

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE DE L'ADHÉRENT

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE

ASSURANCE FRAIS DENTAIRE

COMPTES ET CATÉGORIES

COMPTES

<u>Compte</u>	<u>Nom du compte</u>
AQ857	Metro Richelieu inc & S.T.T.E.U.M.R. (CSN) – Siège social - Bureau
BQ857	Metro Richelieu inc & S.T.T.E.U.M.R. (CSN) – Transport - Mérite 1
CQ857	Metro Richelieu inc & S.T.T.E.U.M.R. (CSN) – Transport - Jardin
DQ857	Metro Richelieu inc & S.T.T.E.U.M.R. (CSN) – Jardin Mérite Entrepôt
EQ857	Metro Richelieu inc & S.T.T.E.U.M.R. (CSN) – Retraités

CATÉGORIES

<u>Catégorie</u>	<u>Description de la catégorie</u>
001	Employés réguliers
002	Employés à temps partiel et occasionnels ¹
003	Retraités

¹ Modifié le 1^{er} janvier 2012 (Avenant n° 7)

TABLEAU DES GARANTIES

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

CATÉGORIES 001, 002 et 003

Préavis de renouvellement : 180 jours

Adhésion : Obligatoire

Conditions d'admissibilité
(Ne s'applique pas aux retraités)

Délai d'admissibilité et nombre d'heures travaillées :

Catégorie 001 :

La date à laquelle l'employé a travaillé un minimum de :

- 60 jours dans le cas d'un employé de bureau; et
- 30 jours dans le cas de tout autre employé;

à raison de 37 heures et demie ou de 40 heures par semaine, selon les dispositions prévues dans une convention collective.

En ce qui concerne les employés ayant des droits acquis, l'admissibilité doit être confirmée tous les 6 mois, comme suit :

- Le 1^{er} janvier de chaque année, si l'employé compte 6 mois de service continu pour l'employeur et a travaillé une moyenne de 20 heures par semaine au cours de la période du 1^{er} juillet au 31 décembre de l'année précédente.
- Le 1^{er} juillet de chaque année, si l'employé compte 6 mois de service continu pour l'employeur et a travaillé une moyenne de 20 heures par semaine au cours de la période du 1^{er} janvier au 30 juin de la même année.

Catégorie 002 :

L'admissibilité doit être confirmée tous les 6 mois, comme suit :

- Le 1^{er} janvier de chaque année, si l'employé compte 6 mois de service continu pour l'employeur et a travaillé une moyenne de 20 heures par semaine au cours de la période du 1^{er} juillet au 31 décembre de l'année précédente.
- Le 1^{er} juillet de chaque année, si l'employé compte 6 mois de service continu pour l'employeur et a travaillé une moyenne de 20 heures par semaine au cours de la période du 1^{er} janvier au 30 juin de la même année.

Prolongation de l'assurance
(Ne s'applique pas aux retraités)

Mise à pied temporaire ou réduction de la semaine de travail :

24 mois

Congé autorisé :

24 mois ¹

Exonération des primes

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

Catégories 001 et 002 seulement :

- Assurance vie de base de l'adhérent;
- assurance vie de base des personnes à charge;
- assurance mort et mutilation accidentelles de l'adhérent;
- assurance salaire de courte durée de l'adhérent;
- assurance salaire de longue durée de l'adhérent.

Début de l'exonération :

Catégorie 001 :

À la fin du délai de carence prévu en vertu de la garantie d'assurance salaire de longue durée de l'adhérent.

Catégorie 002 :

Après 4 mois d'invalidité totale.

¹ Modifié le 1^{er} octobre 2016 (Avenant n° 20)

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

CATÉGORIES 001, 002 et 003

Montant de l'assurance :

Catégorie 001 : * 60 000 \$

Catégorie 002 : * 20 000 \$

Catégorie 003 : 3 000 \$ ¹

**Maximum sans preuves
d'assurabilité :**

Catégorie 001 : 60 000 \$

Catégorie 002 : 20 000 \$

Catégorie 003 : 3 000 \$ ¹

*** Réduction du montant :**

Catégories 001 et 002 seulement :

Au 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent, le montant d'assurance sera réduit de 50 %.

Fin de la garantie

Âge limite :

Catégories 001 et 002 :

La date de la retraite de l'adhérent.

Catégorie 003 : Au décès de l'adhérent.

¹ Modifié le 30 septembre 2012 (Avenant n° 9)

ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE

CATÉGORIES 001 et 002

Montant de l'assurance : ¹

Conjoint : 10 000 \$

Chaque enfant : 5 000 \$

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

24 heures après la naissance.

Fin de la garantie

Âge limite :

La date de la retraite de l'adhérent.

¹ Modifié le 30 septembre 2012 (Avenant n° 9)

ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ADHÉRENT

CATÉGORIES 001 et 002

Montant de l'assurance :

Le montant est identique au montant d'assurance vie de base détenu par l'adhérent.

Fin de la garantie

Âge limite :

Le 70^e 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

CATÉGORIE 001

Pourcentage des prestations :	66,67 % du revenu hebdomadaire, arrondi au prochain multiple de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un.
Maximum des prestations :	Jusqu'à concurrence d'une somme égale au maximum des prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance emploi. ¹
Délai de carence :	<u>En cas d'accident ou d'hospitalisation</u> : 0 jour <u>En cas de maladie</u> : Une semaine normale de travail, selon l'horaire de travail de l'employé.
Base de paiement :	5 jours (ouvrables) au cours d'une semaine de travail normale, selon l'horaire de travail de l'employé.
Durée maximale des prestations :	17 semaines
Imposition des prestations :	Non imposables
<u>Cessation du versement des prestations</u>	
Âge limite :	La date de la retraite.

¹ Modifié le 1^{er} janvier 2019 (Avenant n° 22)

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT

CATÉGORIE 001

Pourcentage des prestations :	70 % du revenu mensuel, arrondi au prochain multiple de 1 \$, s'il n'en est pas déjà un.
Maximum des prestations :	2 500 \$
Maximum sans preuves d'assurabilité :	2 500 \$
Délai de carence :	17 semaines ou la fin de la période maximale de prestations d'assurance salaire de courte durée.
Durée maximale des prestations :	Jusqu'au dernier jour de la semaine * au cours de laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans. * Il est entendu qu'une semaine compte 7 jours, soit du dimanche au samedi.
Imposition des prestations :	Imposables
<u>Cessation du versement des prestations</u>	
Âge limite : ¹	Le 65 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou à la date de la retraite, selon la première éventualité.

¹ Modifié le 1^{er} janvier 2010 (Avenant n° 17)

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE

CATÉGORIES 001 et 002

Montant de la franchise ¹

Médicaments :

25 \$ par protection individuelle ou
25 \$ par protection familiale par année civile.

À compter du 1^{er} janvier 2013 :

50 \$ par protection individuelle ou
50 \$ par protection familiale par année civile.

À compter du 1^{er} janvier 2014 :

60 \$ par protection individuelle ou
60 \$ par protection familiale par année civile.

À compter du 1^{er} janvier 2017 :

75 \$ par protection individuelle ou
75 \$ par protection familiale par année civile.

Frais d'hospitalisation admissibles dans la province de résidence :

Aucune

Frais admissibles d'urgence hors de la province de résidence, Assurance voyage :

Aucune

Soins de la vue :

- Examen de la vue :
- Lunettes et lentilles cornéennes :

Franchise combinée avec les autres frais admissibles.

Aucune

Pour tous les autres frais admissibles :

Franchise combinée avec les frais de médicaments.

Pourcentage de remboursement

Médicaments :

100 %

Frais d'hospitalisation admissibles dans la province de résidence :

100 %

Frais admissibles d'urgence hors de la province de résidence, Assurance voyage :

100 %

Soins de la vue :

100 %

Pour tous les autres frais admissibles :

100 %

¹ Modifié le 1^{er} janvier 2017 (Avenant n° 13)

**Remboursement des frais
admissibles**

À moins d'indication contraire, tout montant présenté comme maximum dans la garantie d'assurance accident-maladie est un montant admissible.

Limite des frais admissibles

Médicaments :

Couverts.

Autres médicaments :

**Injections de substances
sclérosantes pour le traitement des
varices :**

20 \$ par visite par personne assurée.

Produits anesthésiants :

10 \$ par produit, jusqu'à concurrence de 50 \$ par intervention par personne assurée.

**Soins hospitaliers de courte durée
dans la province de résidence :**

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

**Soins hospitaliers de longue durée
dans la province de résidence,
dans une maison de convalescence
ou de réadaptation :**

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

**Frais admissibles d'urgence hors
de la province de résidence,
Assurance voyage :**

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

Soins infirmiers :

5 000 \$ par personne assurée pour toute période de 36 mois consécutifs.

Services paramédicaux :

Ces services sont limités à un traitement par jour, par spécialiste.

- Acupuncteur

25 \$ par visite, jusqu'à concurrence d'un maximum de 300 \$ par année civile par personne assurée.

- Audiologiste, thérapeute de l'ouïe, orthophoniste, thérapeute de la parole, ergothérapeute ou physiothérapeute

600 \$ par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes. Ces services nécessitent une recommandation médicale.

- Chiropraticien

400 \$, par année civile par personne assurée.

• Massothérapeute	25 \$ par visite, jusqu'à concurrence d'un maximum de 400 \$ par année civile par personne assurée. Ce service nécessite une recommandation médicale.
• Naturopathe, ostéopathe ou podiatre	25 \$ par visite, jusqu'à concurrence d'un maximum de 400 \$ par spécialiste, par année civile par personne assurée.
• Psychologue, psychothérapeute, psychanalyste, psychiatre ou travailleur social ¹	600 \$, par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes.
Techniques d'imagerie utilisées par un chiropraticien :	25 \$ par année civile par personne assurée.
Ambulance :	Couvert.
EQUIPEMENTS ET AUTRES FRAIS :	
Fauteuil roulant conventionnel :	Couvert.
Aides à la marche ou béquilles :	Couvert.
Corset médical :	Couvert.
Support pour un membre, bandage herniaire et plâtre :	Couvert.
Lit d'hôpital conventionnel :	Couvert.
Orthèses podiatriques et support plantaire :	Maximum combiné de deux paires, jusqu'à concurrence de 400 \$ par paire, par année civile, par personne assurée.
Membre artificiel :	Couvert.
Œil artificiel :	Couvert.
Prothèse auditive :	500 \$ par personne assurée pour toute période de 36 mois consécutifs.
Cristallin artificiel :	Couvert.
Glucomètre, dextromètre, reflectomètre ou tout appareil du même type :	Couvert.
Oxygène :	Couvert.

¹ Modifié le 1^{er} janvier 2015 (Avenant n° 16)

Autres équipements thérapeutiques :	Couvert.
Fournitures ayant trait à la colostomie, l'iléostomie et l'urétérostomie :	Couvertes.
Bas de contention :	3 paires par année civile, par personne assurée.
Stérilet :	Couvert.
Sang, plasma sanguin et transfusions :	Couverts.
Services diagnostiques : (examens aux rayons X, aux ultrasons et par résonance magnétique, analyse de laboratoire et électrocardiogrammes)	Couverts.
Examens de dépistage du diabète et du glaucome :	Couverts.
Frais de service pour remplir des formulaires d'assurance ou fournir des notes évolutives, lorsque requis par l'assureur :	35 \$ par adhérent chaque fois que ces services sont fournis, jusqu'à concurrence d'un montant de 140 \$ par année civile par adhérent, pour l'ensemble de ces services.
SOINS DE LA VUE :	
Examen de la vue :	40 \$ par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs dans le cas des adultes âgés de 18 à 65 ans inclusivement.
Lunettes et lentilles cornéennes :	200 \$ par personne assurée par période de 24 mois consécutifs pour les lunettes et 225 \$ par personne assurée par période de 24 mois consécutifs pour les lentilles cornéennes, ces deux montants étant combinés.
<u>Fin de la garantie</u>	
Âge limite :	La date de la retraite.

ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

CATÉGORIES 001 et 002

Année du guide des tarifs dentaires :

Année courante moins un an

Montant de la franchise :

50 \$ par protection individuelle ou 50 \$ par protection familiale par année civile.

La franchise ne s'applique pas aux soins de prévention et à l'orthodontie.

Pourcentage de remboursement

Soins de prévention, d'endodontie et de parodontie :
(incluant le détartrage)

100 %

Soins de base :
(incluant le rebasage et le regarnissage de prothèses)

90 %

Soins de restauration majeure :
(incluant l'achat ou le remplacement de prothèses dentaires fixes ou amovibles)

90 %

Toutefois, pour un adhérent couvert depuis au moins 12 mois mais dont l'extraction a eu lieu alors qu'il n'était pas assuré, les frais d'achat d'une prothèse initiale sont remboursés à 50 %.

Soins orthodontiques :

50 %

Catégorie 001 : Frais admissibles pour les adultes et les enfants.

Catégorie 002 : Frais admissibles pour l'adhérent seulement.

Montant maximum payable

Catégorie 001

Soins de prévention, de base, d'endodontie, de parodontie et de restauration majeure :

2 000 \$ par période de deux années civiles par personne assurée pour l'ensemble des soins.

Soins orthodontiques :

Maximum viager de 2 000 \$ par personne assurée.

Montant maximum payable

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

Soins orthodontiques :

Fréquence :

Limitations :

Carte de paiement :

Fin de la garantie

Âge limite :

Catégorie 002

Adhérent : 2 000 \$ par période de deux années civiles
par personne assurée pour l'ensemble des soins.

Personne à charge : 750 \$ par année civile par
personne à charge assurée pour l'ensemble des soins.

Maximum viager de 2 000 \$ par personne assurée
(adhérent seulement).

Pour examens de rappel, polissage, détartrage et
application de fluorure tous les : 6 mois

Les restaurations en composite qui sont effectuées sur
des dents postérieures sont limitées aux frais
remboursables pour les restaurations en amalgame.

Oui

La date de la retraite.

DÉFINITIONS

Dans le cadre du présent contrat :

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

Adhérent désigne tout employé ou retraité 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'adhérente. 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'adhérente est considérée en congé de maternité pendant toute la période où elle reçoit des prestations de maternité en vertu de toute loi fédérale ou provinciale. Si elle s'absente du travail en raison d'une invalidité totale ayant débuté avant ou pendant une grossesse, elle est considérée 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 présent contrat;
- 2) le conjoint à qui l'adhérent est uni légalement par les liens du mariage ou civilement.

DÉFINITIONS

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

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

Chaque fois qu'il est fait mention de cette condition dans le présent contrat, celle-ci ne s'applique pas aux retraités.

Employé ¹ désigne la personne qui réside au Canada, qui est au service de l'employeur à temps plein ou à temps partiel à titre permanent ou occasionnel et qui répond aux conditions d'admissibilité spécifiées au TABLEAU DES GARANTIES. Toutefois, si un employé est domicilié en dehors du Canada, cet employé peut être considéré comme étant domicilié au Canada à condition que l'assureur ait donné préalablement son approbation par écrit.

Employé ayant des droits acquis désigne l'employé qui était au service de l'employeur à temps plein à titre permanent et qui, en raison d'une mise à pied temporaire, est devenu un employé à temps partiel, et qui répond aux conditions d'admissibilité spécifiées au TABLEAU DES GARANTIES.

Employeur désigne toute société inscrite sur la proposition du preneur afférente au présent contrat ou indiquée au TABLEAU DES GARANTIES.

Enfant à charge désigne l'enfant qui :

- 1) a moins de 21 ans et à l'égard duquel l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exerce une autorité parentale ou exerçait une autorité parentale jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de la majorité;
- 2) n'a pas de conjoint, a 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 exercerait l'autorité parentale s'il était mineur;
- 3) est majeur, sans conjoint et atteint d'une déficience fonctionnelle qui est survenue lorsque l'état de cette personne correspondait à l'une ou l'autre des définitions données dans les paragraphes 1) ou 2) ci-dessus. De plus, pour être considérée comme une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, la personne doit être domiciliée chez une personne qui, en plus d'être assurée à titre d'adhérent ou de conjoint d'un adhérent, exercerait l'autorité parentale sur la personne déficiente si elle était mineure.

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

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

¹ Modifié le 1^{er} janvier 2012 (Avenant n° 7)

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 présente 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.

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 présent contrat.

Retraité désigne un employé à temps plein couvert en vertu d'un régime provincial de soins médicaux, qui a pris sa retraite conformément au régime de retraite de l'employeur et qui était assuré en vertu du régime d'assurance collective de l'employeur immédiatement avant la date de sa retraite.

Un adhérent totalement invalide qui atteint l'âge de 65 ans est considéré retraité à compter de la date à laquelle il atteint l'âge de 65 ans. Un adhérent qui devient totalement invalide à l'âge de 65 ans ou après est considéré retraité à la date à laquelle prend fin le versement des prestations d'assurance salaire de courte durée de l'adhérent.

Revenu désigne le taux de rémunération habituel de l'employé qui lui est versé par l'employeur, y compris les dividendes. Ceci n'inclut pas les bonis, les heures supplémentaires et toute autre forme de rémunération non régulière.

En ce qui concerne les employés ayant des droits acquis, revenu désigne le taux horaire de l'employé multiplié par la moyenne des heures travaillées durant l'une des périodes suivantes :

- du 1^{er} janvier au 30 juin, si l'employé est devenu admissible à l'assurance le 1^{er} juillet qui suit immédiatement cette période; ou
- du 1^{er} juillet au 31 décembre, si l'employé est devenu admissible à l'assurance le 1^{er} janvier qui suit immédiatement cette période.

Dans le cas où la garantie d'assurance salaire de courte durée est enregistrée aux fins de la réduction du taux de cotisation de l'assurance emploi, les primes, les heures supplémentaires ou toute rémunération supplémentaire reçues sur une base régulière font partie du revenu. La somme de ces montants doit être déclarée comme revenu à l'assureur par le preneur.

DÉFINITIONS

Dans le cas d'un employé dont la rémunération provient en totalité ou en partie de commissions ou de dividendes, revenu désigne le taux de rémunération habituel moyen de l'employé versé par l'employeur, y compris les commissions et les dividendes indiqués sur les feuillets d'imposition applicables de l'employé pour les deux années civiles précédentes. Si l'employé compte moins de deux années de service mais une année et plus, une moyenne des revenus sera établie selon la durée du service. Si l'employé compte moins d'une année de service, revenu désigne le taux de rémunération habituel de l'employé déclaré par l'employeur.

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.

DÉFINITIONS

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

CONTRAT

Cette police, la proposition du preneur, les demandes d'adhésion et les preuves d'assurabilité des personnes assurées ainsi que les avenants et les lettres de renouvellement des taux constituent le contrat entre les parties.

MODIFICATION DU CONTRAT

Pour qu'une disposition du présent contrat soit réputée faire l'objet d'une renonciation ou d'une modification, cette renonciation ou modification doit être attestée au moyen d'un document écrit signé par un signataire autorisé de l'assureur et dans lequel on stipule explicitement qu'il a pour objet la modification du présent contrat. Toute intercalation, adjonction ou modification doit être attestée par un signataire autorisé de l'assureur.

Toutefois, si une modification est apportée unilatéralement par l'assureur au présent contrat, le preneur a 31 jours à compter de la date de réception de l'avis relatif à cette modification pour poser des questions à ce sujet. Si aucune objection n'est soulevée, cette modification entre en vigueur à sa date de prise d'effet.

RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

Le présent contrat est renouvelé à chaque date de renouvellement du contrat sans que le preneur ait à en faire la demande, à moins que le contrat ne prenne fin conformément à la disposition relative à la RÉSILIATION DU CONTRAT.

INCONTESTABILITÉ

Lorsque l'assurance d'une personne est en vigueur depuis deux ans de son vivant, l'assureur ne peut contester la validité de cette assurance sur la base de déclarations écrites soumises par ou pour cette personne, sauf si ces déclarations se rapportent à l'âge ou sont frauduleuses.

Toutefois, si une invalidité a débuté durant les deux premières années de l'assurance, la règle mentionnée au paragraphe précédent ne s'applique pas et l'assureur peut annuler ou réduire toutes les prestations dues.

Le présent article ne s'applique pas à l'assurance accident-maladie.

RENSEIGNEMENTS AFFÉRENTS AU CONTRAT

Le preneur fournit à l'assureur tous les renseignements qu'il peut raisonnablement exiger au sujet de tout ce qui a rapport au présent contrat. L'assureur et tout mandataire désigné à cette fin peuvent examiner à tout moment jugé raisonnable les registres et pièces comptables du preneur qui peuvent avoir une incidence sur l'assurance que fournit le présent contrat.

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 recouvrés 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.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

RENSEIGNEMENTS AFFÉRENTS AUX ADHÉRENTS

Le preneur doit informer les adhérents de leurs droits et de leurs obligations en vertu du présent contrat.

Le preneur doit fournir les formulaires requis à l'adhérent pour que celui-ci puisse exercer les droits qui lui sont conférés par le présent contrat.

ERREURS D'ÉCRITURE

Les erreurs d'écriture dans la tenue des registres, qu'elles soient le fait du preneur ou de l'assureur, ou les retards dans la compilation desdits registres n'invalident pas une assurance par ailleurs valablement en vigueur ni ne maintiennent en vigueur une assurance par ailleurs valablement terminée. Dès que l'erreur ou le retard est découvert, les primes sont redressées.

ATTESTATIONS D'ASSURANCE

L'assureur met à la disposition du preneur, à l'intention de chaque adhérent, une attestation d'assurance ou tout autre document donnant les détails de l'assurance fournie en vertu du présent contrat. Si l'attestation d'assurance est émise au nom d'un particulier ou est en la possession d'un particulier qui, pour une raison quelconque, n'est pas assuré en vertu du présent contrat, cette attestation d'assurance est nulle et non avenue. Les attestations d'assurance ne font pas partie intégrante du présent contrat. En cas de conflit entre les dispositions de l'attestation d'assurance et celles du présent contrat, ces dernières prévalent.

MONNAIE

Tous les paiements faits à l'intention de l'assureur ou par ce dernier en vertu du présent contrat sont dans la monnaie ayant cours légal au Canada.

GENRE ET NOMBRE

Lorsque le contexte le veut ainsi, le masculin implique le féminin et le singulier implique le pluriel.

PRIVILÈGE DE PARTICIPATION

Le présent contrat ne confère aucun droit de participation aux excédents distribués par l'assureur.

STIPULATIONS GÉNÉRALES

TRANSFERT DES ADHÉRENTS LORS D'UN REMPLACEMENT DE CONTRAT

Lorsque le contrat est résilié et qu'il est remplacé dans les 31 jours par un contrat comportant une protection comparable couvrant en tout ou en partie le même groupe :

- 1) toute personne assurée aux termes du contrat précédent ne peut voir son adhésion refusée ni être privée de prestations uniquement en raison d'une exclusion pour cause d'antécédents médicaux qui a été inopérante ou qui n'était pas prévue dans ce contrat ou parce que la personne n'est pas au travail à la date de l'entrée en vigueur du nouveau contrat;
- 2) toute personne assurée aux termes du contrat précédent est couverte de plein droit par le nouveau contrat à compter de la résiliation du précédent si la cessation de son assurance n'est attribuable qu'à cette résiliation et que cette personne appartient à une catégorie d'adhérents couverts par le nouveau contrat.

TRAITEMENT DES PROTECTIONS LORS DE LA RÉSILIATION DU CONTRAT

- 1) L'échéance ou l'annulation de l'une des protections prévues au contrat n'est opposable à aucune demande d'indemnité fondée sur un événement survenu alors que le contrat était en vigueur ou sur un décès consécutif à une invalidité survenue alors que le contrat était en vigueur.
- 2) En ce qui concerne l'assurance contre la maladie ou les accidents, l'échéance ou l'annulation de l'une des protections n'est opposable à aucune demande d'indemnité fondée :
 - a) sur le décès ou la mutilation résultant d'un accident survenu alors que le contrat était en vigueur;
 - b) sur une invalidité survenue ou une maladie contractée alors que le contrat était en vigueur.

L'assureur demeure tenu d'indemniser l'adhérent de la perte de salaire lorsque l'invalidité subsiste après l'expiration du contrat.

- 3) Malgré les paragraphes 1) et 2) ci-dessus, l'assureur n'est pas tenu d'indemniser l'adhérent lors d'une rechute de l'affection invalidante survenue après l'expiration du contrat si l'invalidité a cessé depuis plus de 180 jours. Dans tous les cas, la protection cesse dès que l'adhérent est pris en charge par un autre assureur aux termes d'un contrat comportant des protections comparables.
- 4) Malgré les paragraphes 1) et 2) ci-dessus, le nouvel assureur prend en charge l'adhérent qui souffre d'une affection invalidante survenue pendant que le contrat précédent s'appliquait mais déclarée à l'assureur précédent plus de 180 jours après sa survenance, pendant le nouveau contrat.

De plus, même si, dans les 180 jours de la cessation de la première invalidité, l'adhérent est de nouveau atteint d'une invalidité reconnue par le nouveau contrat, le contrat précédent cesse de s'appliquer et le nouveau s'applique dès que l'adhérent compte, à partir de l'échéance du précédent, 30 jours de travail à temps plein dans des fonctions d'une catégorie couverte par le nouveau contrat.

- 5) Les indemnités dues en raison de décès ou mutilation couverts par le contrat précédent conformément aux paragraphes 1) et 2) ci-dessus ne sont pas prises en charge par le nouvel assureur.

STIPULATIONS GÉNÉRALES

Cependant, le contrat précédent cesse de s'appliquer et le nouveau commence à produire ses effets dès que l'adhérent compte, à partir de l'échéance du contrat précédent, 30 jours de travail à temps plein dans des fonctions d'une catégorie couverte par le nouveau contrat.

PRIMES

PAIEMENT DES PRIMES

Les primes sont payables d'avance à l'assureur par le preneur au siège social de l'assureur à chaque date d'échéance de la prime. La prime à remettre à chaque date d'échéance de la prime est constituée du total des primes exigibles pour chaque adhérent à cette date, selon les taux établis par l'assureur.

MODIFICATION DES TAUX DE PRIME

À la fin de la période pendant laquelle l'assureur garantit que les taux de prime applicables au présent contrat ne seront pas modifiés, l'assureur peut modifier les taux de prime applicables au présent contrat à toute date d'échéance de la prime, à condition d'aviser le preneur par écrit ainsi qu'il est indiqué dans la partie PRÉAVIS DE RENOUELEMENT du TABLEAU DES GARANTIES. L'assureur se réserve le droit de modifier tout taux de prime en vigueur en tout temps si les conditions du présent contrat sont modifiées ou si le nombre d'assurés est modifié de 25 % ou plus.

Toutefois, l'assureur se réserve le droit d'établir de nouveaux taux de prime en tout temps après l'entrée en vigueur de toute législation provinciale ou fédérale modifiant :

- 1) l'obligation des assureurs de fournir des garanties en vertu du présent contrat;
- 2) l'imposition des primes ou des prestations;
- 3) l'étendue de la garantie que le gouvernement offre pour les frais admissibles prévus au contrat.

DÉLAI DE GRÂCE ¹

L'assureur accorde un délai de grâce de 60 jours après la date d'échéance de la prime pour le paiement de chaque prime, sauf la première. Au cours du délai de grâce, le présent contrat est maintenu en vigueur. Si une prime est toujours en souffrance à l'expiration de ce délai de grâce, le présent contrat est alors résilié. Néanmoins, toutes les primes en souffrance, y compris les primes échues pendant le délai de grâce, demeurent payables à l'expiration du délai de grâce.

Nonobstant ce qui précède, si le preneur a plus d'un compte, le paiement des primes peut être partagé entre les comptes, chacun d'entre eux payant la prime qui le concerne. L'assureur accorde un délai de grâce de 60 jours après la date d'échéance de la prime pour le paiement de chaque prime correspondant à chaque compte, sauf la première prime. Si la prime correspondant à un compte est encore en souffrance à la fin du délai de grâce, l'ensemble de l'assurance en vertu du présent contrat lié à ce compte uniquement prend fin immédiatement à l'expiration de ce délai de grâce. Néanmoins, toutes les primes en souffrance de ce compte, y compris les primes échues pendant le délai de grâce, demeurent payables par le preneur.

¹ Modifié le 1^{er} octobre 2015 (Avenant n° 18)

AU DÉBUT ET À LA FIN DE L'ASSURANCE

Si l'assurance d'un adhérent prend effet ou prend fin à une autre date que la date d'échéance de la prime, ou si un changement dans le montant d'assurance d'un adhérent prend effet à une autre date que la date d'échéance de la prime, un redressement de la prime est alors effectué au prorata pour la période qui s'étend de la date de prise d'effet jusqu'à la date d'échéance de la prime qui la suit immédiatement.

Si l'assureur ne reçoit pas d'avis de cessation de l'assurance d'un adhérent dans les six mois suivant cette date de cessation, il n'est pas tenu de rembourser les primes correspondant à toute période antérieure à la dernière des dates suivantes :

- 1) la dernière date de renouvellement;
- 2) la dernière date à laquelle des frais admissibles ont été engagés.

Cette situation ne modifie pas la date réelle de cessation de l'assurance de l'adhérent, laquelle est régie par les dispositions pertinentes du présent contrat.

ADMISSIBILITÉ

ADMISSIBILITÉ DES EMPLOYÉS

Un employé devient admissible à l'assurance :

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

Un employé dont l'assurance en vertu du présent contrat a pris fin par suite de cessation d'emploi et qui est réengagé par l'employeur dans les six mois suivant immédiatement la cessation de son assurance a droit de faire remettre son assurance en vigueur à compter de la date à laquelle il retourne au travail, pourvu que la demande de remise en vigueur soit faite à l'assureur dans les 31 jours suivant cette date d'admissibilité.

ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

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

Un adhérent ne peut pas refuser d'être couvert en vertu de la garantie d'assurance accident-maladie ou d'assurance frais dentaires, si elles font partie du contrat, même s'il est couvert à titre de personne à charge en vertu du présent contrat ou d'un autre régime d'assurance collective semblable. Il doit obligatoirement adhérer à l'assurance et être couvert en vertu d'une protection individuelle.

PERSONNE ASSURÉE DE 65 ANS ET PLUS ¹

Toute personne de 65 ans et plus est assurée d'office par le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments en ce qui concerne les médicaments et autres produits apparaissant sur la liste de ce régime. Toutefois, les frais suivants demeurent admissibles en vertu du présent contrat, conformément aux dispositions du présent contrat :

- 1) les médicaments qui ne sont pas couverts par le régime québécois d'assurance médicaments, mais qui sont couverts en vertu du présent contrat;
- 2) les frais engagés qui servent à couvrir la franchise et la coassurance du régime québécois d'assurance médicaments, étant entendu que ces frais sont assujettis à la franchise et au pourcentage de remboursement de la garantie d'assurance accident-maladie;

¹ Modifié le 1^{er} janvier 2010 (Avenant n° 15)

- 3) tous les frais, autres que des frais de médicaments, qui sont admissibles en vertu de la garantie d'assurance accident-maladie.

Les personnes qui désirent maintenir en vigueur la couverture des médicaments prévue par le présent contrat après leur 65^e anniversaire de naissance doivent en faire la demande préalablement par écrit à l'assureur, qui déterminera alors le montant de la prime nécessaire pour les assurer, s'il y a lieu. Toutefois, aucune personne à charge ne peut demeurer assurée en vertu de la garantie d'assurance accident-maladie si l'adhérent ne le demeure pas lui-même.

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 à la dernière des dates suivantes, pourvu qu'il soit effectivement au travail à cette date :

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

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

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

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

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 présent contrat;
- 2) la date à laquelle l'adhérent assuré en vertu du présent 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, sauf dans le cas de la garantie d'assurance accident-maladie, qui prend effet à la date à laquelle l'employé signe sa demande écrite, remplie selon les exigences de l'assureur;
- 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, sauf dans le cas de la garantie d'assurance accident-maladie, qui prend effet à la date à laquelle l'employé signe la demande écrite, remplie selon les exigences de l'assureur.

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 présent contrat.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE ET EXONÉRATION DES PRIMES

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

MODIFICATION DU MONTANT DE L'ASSURANCE ET DE LA GARANTIE

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

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

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

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

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 présent 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 présent contrat en plus des dates susmentionnées, sauf pour les garanties d'assurance vie de base de l'adhérent, d'assurance vie des personnes à charge et d'assurance salaire de longue durée.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE ET EXONÉRATION DES PRIMES

- 2) Les dispositions du présent 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 présent 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 présent 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 présent 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 (*ne s'applique pas aux retraités*);
- 6) la date à laquelle il cesse d'être effectivement au travail (*ne s'applique pas aux retraités*);
- 7) la date de résiliation du présent 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 présent 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 présent contrat.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE

- 1) Mise à pied temporaire ou réduction de la semaine de travail

L'adhérent dont la semaine de travail a été réduite à moins de 20 heures par semaine ou qui cesse d'être effectivement au travail par suite d'une mise à pied temporaire demeure assuré pour l'ensemble des garanties qu'il détient immédiatement avant le début de la réduction de la semaine de travail ou de la mise à pied, pour une période déterminée à l'avance, et si les primes continuent à être versées. Toutefois, cette assurance ne sera pas maintenue en vigueur au-delà de la période indiquée au TABLEAU DES GARANTIES. L'assureur doit être informé de la date prévue de retour au travail avant le début de la mise à pied.

2) Congé autorisé non rémunéré ¹

L'adhérent qui cesse d'être effectivement au travail par suite d'un congé autorisé non rémunéré peut demeurer assuré pour toutes les garanties ou toutes les garanties sauf les garanties d'assurance salaire de courte et de longue durée, en vigueur immédiatement avant le début du congé. L'assurance demeure en vigueur pour une période déterminée à l'avance, et si les primes continuent à être versées. Toutefois, elle ne sera pas maintenue en vigueur au-delà de la période indiquée au TABLEAU DES GARANTIES. L'assureur doit être informé de la date prévue de retour au travail avant le début du congé.

Si l'adhérent choisit de ne pas demeurer assuré, les garanties d'assurance en vigueur immédiatement avant le début du congé seront remises en vigueur sans preuves d'assurabilité à compter de la date où il revient effectivement au travail, à la condition que l'assureur en soit informé dans les 31 jours suivant la date de son retour effectif, à défaut de quoi une preuve d'assurabilité est exigée.

Au Québec, si l'adhérent choisit de ne pas demeurer assuré, il doit quand même maintenir la garantie qui inclut la couverture des médicaments en vigueur, sous réserve du paiement des primes, pour la période prévue à la loi, ou démontrer à l'employeur qu'il est couvert à titre de personne à charge en vertu du présent contrat ou d'un autre régime d'assurance collective semblable.

3) Absences et congés pour raisons de maternité, familiales ou parentales

L'adhérent qui cesse d'être effectivement au travail par suite d'une absence ou d'un congé pour raisons de maternité, familiales ou parentales, tel que prévu au sens de toute loi provinciale ou fédérale, demeure assuré pour la garantie d'assurance accident-maladie. Il peut également demeurer assuré pour l'ensemble des autres garanties qu'il détient immédiatement avant le début de l'absence ou du congé s'il en fait la demande par écrit à l'Assureur dans les 31 jours suivant la date du début du congé. L'assurance demeure en vigueur sous réserve du paiement des primes. L'assureur doit être informé de la date prévue de retour au travail avant le début du congé. L'assurance ne peut pas être maintenue en vigueur au-delà de 24 mois, à moins qu'une période plus longue ne soit permise en vertu d'une loi provinciale ou fédérale.

Si l'adhérent choisit de ne pas demeurer assuré, les garanties d'assurance en vigueur immédiatement avant le début du congé seront remises en vigueur sans preuves d'assurabilité à compter de la date où il revient effectivement au travail, à la condition que l'assureur en soit informé dans les 31 jours suivant la date de son retour effectif, à défaut de quoi une preuve d'assurabilité est exigée.

4) Grève ou lock-out

L'adhérent qui cesse d'être effectivement au travail par suite d'une grève ou d'un lock-out demeure assuré pour la garantie d'assurance accident-maladie pour une période de 30 jours. Par la suite, le Preneur peut décider de maintenir la garantie d'assurance accident-maladie en vigueur. Il peut également décider de maintenir en vigueur l'ensemble des autres garanties détenues par l'adhérent immédiatement avant le début de la grève ou du lock-out, à la condition que la garantie d'assurance accident-maladie soit maintenue en vigueur et sous réserve du paiement des primes.

¹ Modifié le 26 mars 2014 (Avenant n° 15)

Si le Preneur décide de ne pas maintenir les garanties en vigueur, elles seront automatiquement remises en vigueur à la date de retour au travail.

5) Congédiement ou suspension

L'adhérent qui cesse d'être effectivement au travail par suite d'un congédiement ou d'une suspension et qui conteste son congédiement ou sa suspension par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au sens du code du travail ou de toute autre législation applicable est réputé être demeuré assuré sans interruption au cours de la période de prise de décision par l'arbitrage ou le tribunal compétent, à condition que la décision rendue soit en faveur de l'adhérent. Les primes impayées, le cas échéant, sont alors payables dans les 31 jours suivant la date à laquelle la décision finale de l'arbitre ou du tribunal a été rendue.

6) Maladie ou accident

L'adhérent qui :

- a) n'est pas effectivement au travail en raison d'une maladie ou d'un accident;
- b) n'est pas réputé totalement invalide par l'assureur et, en conséquence, ne reçoit pas de prestations d'assurance salaire en vertu du présent contrat; et
- c) reçoit des indemnités de remplacement de revenu d'un organisme gouvernemental en vertu de toute loi provinciale ou fédérale;

demeure assuré pour l'ensemble des garanties qu'il détient immédiatement avant l'accident ou le début de la maladie, à l'exclusion des garanties d'assurance salaire de courte et de longue durée et de la disposition relative à l'exonération des primes en cas d'invalidité totale, si elles font partie du contrat, pourvu que :

- a) les primes continuent à être versées; et que
- b) le preneur maintient le lien d'emploi avec l'adhérent.

Obligation légale dans le cas d'une cessation d'assurance :

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

RÉSILIATION DU CONTRAT

Le preneur peut mettre fin au présent contrat à toute date d'échéance de la prime pourvu qu'il soumette un avis par écrit à l'assureur au moins 30 jours avant cette date, sinon la résiliation prendra effet à la prochaine date d'échéance de la prime qui tombe 30 jours après la date à laquelle l'avis a été donné. Le preneur est responsable du règlement de toutes les primes impayées jusqu'à la date de résiliation.

Le preneur ne peut mettre fin à la GARANTIE D'ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE des adhérents avant l'expiration d'un délai de 30 jours commençant à la date à laquelle il envoie un avis d'intention à la dernière adresse connue de chaque adhérent.

L'assureur peut mettre fin au présent contrat à toute date d'échéance de la prime, pourvu qu'il soumette un avis écrit au preneur 30 jours avant cette date, pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :

CESSATION DE L'ASSURANCE

- 1) si, à son avis, le preneur a négligé de remplir ses obligations en vertu du présent contrat de façon raisonnablement conforme à la conduite des affaires;
- 2) si le nombre d'adhérents en vertu du présent contrat est inférieur à 25;
- 3) si la cotisation du preneur est inférieure à 25 % de la prime;
- 4) si moins de 75 % des adhérents sont couverts en vertu du présent contrat;
- 5) si les adhérents ne sont pas tenus de contribuer au coût de l'assurance en vertu du présent régime et que moins de 100 % des adhérents admissibles sont assurés;
- 6) si la couverture en vertu du présent contrat constitue une condition d'emploi et que moins de 100 % des adhérents admissibles sont assurés.

L'assureur peut mettre fin au présent contrat à toute date de renouvellement à condition d'aviser le preneur par écrit ainsi qu'il est indiqué dans la partie PRÉAVIS DE RENOUELEMENT du TABLEAU DES GARANTIES.

La faillite du preneur entraîne la résiliation automatique du contrat, sans qu'il soit nécessaire pour l'assureur d'envoyer un avis préalable en ce sens.

Conformément à la disposition relative au DÉLAI DE GRÂCE, le présent contrat prend fin d'office lorsque les primes ne sont pas réglées.

DEMANDES DE PRESTATIONS

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE ¹

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 présent 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 présent 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.

BÉNÉFICIAIRE

Pour l'assurance vie 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 de ce 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.

¹ Modifié le 1^{er} juillet 2012 (Avenant n° 15)

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.

SUBROGATION

Dès que l'assureur rembourse les frais engagés ou s'engage à rembourser les frais engagés, il se substitue à l'adhérent en ce qui concerne tous les droits de recouvrement contre toute personne et peut intenter une poursuite judiciaire au nom de l'adhérent pour faire valoir ces droits.

Si l'adhérent a le droit d'exiger des dommages-intérêts d'une autre personne pour une perte de revenu pour laquelle il est admissible à des prestations en vertu des assurances salaire de courte durée ou de longue durée du présent contrat, l'assureur se substituera à cet adhérent en ce qui concerne tous les droits de recouvrement contre toute personne pour une perte de revenu dans la mesure où il pourra recouvrer le montant global des sommes qui lui ont été versées ou qui lui sont payables conformément à ces garanties.

RENSEIGNEMENT INEXACT SUR L'ÂGE

Si l'âge d'une personne a été déclaré de façon erronée, les prestations payables en vertu du présent contrat sont fonction de l'âge réel de la personne en cause, au moment opportun. Si l'âge déclaré est erroné, le redressement des primes est alors effectué pour la période durant laquelle l'assurance a été en vigueur.

MONTANT D'ASSURANCE

Le montant d'assurance en vigueur pour chaque adhérent est déterminé par la catégorie à laquelle il appartient, qui est indiquée au TABLEAU DES GARANTIES. Le preneur doit informer l'assureur par écrit chaque mois de tout changement apporté au montant d'assurance de toute personne. Si l'assureur n'est pas avisé dans les 31 jours suivant ce changement, le paiement des prestations à l'égard de cette personne pourra être effectué d'après le montant le moins élevé des montants suivants, soit le montant d'assurance avant le changement, soit le montant d'assurance après le changement.

CESSION

Les droits ou intérêts d'un adhérent en vertu du présent contrat ne sont pas cessibles.

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.

DEMANDES DE PRESTATIONS

La coordination des prestations en vertu du présent 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 présent 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.

COORDINATION DES PRESTATIONS POUR L'ASSURANCE VOYAGE ¹

Si une personne couverte par l'assurance voyage est également couverte en vertu de tout autre régime ou assurance qui fournit des prestations semblables, seuls les frais admissibles en excédent des montants payables par tous les autres régimes ou assurances sont couverts en vertu de l'assurance voyage.

Si les autres régimes ou assurances comportent une stipulation semblable ou une disposition de coordination des prestations, les prestations sont coordonnées entre tous les régimes ou assurances de sorte que le total des paiements n'excède pas le total des frais admissibles engagés par la personne.

¹ Ajouté le 1^{er} août 2017 (Avenant 21)

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Invalidité totale ou totalement invalide désigne

Catégorie 001 :

- 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 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.

Catégorie 002 : ¹

- 1) pendant les 28 premiers mois qui suivent le début de l'invalidité :

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 des 28 mois qui suivent le début de l'invalidité :

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 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.

¹ Correction apportée dans le cadre de l'avenant n° 15

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 présent 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 présent contrat;
- 3) 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.

De plus, le paiement anticipé ne s'applique pas aux retraités.

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 présent contrat et si cet adhérent est âgé de 65 ans ou moins, il a le droit de transformer tout montant d'assurance, jusqu'à concurrence du montant ainsi perdu, en une police individuelle, sans preuves d'assurabilité.

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

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

Si l'assurance vie de base d'un adhérent âgé de 65 ans ou moins prend fin en raison de la résiliation du présent 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 de ce 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 présent 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 présent 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 présent 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.

La déclaration et les preuves de décès doivent être présentées dans les meilleurs délais. Cependant, aucune prestation ne sera versée si la déclaration, les preuves et les renseignements fournis sont transmis plus d'un an après la date de l'événement donnant lieu à la prestation.

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 30 jours suivant la réception de preuves suffisantes du décès.

ASSURANCE VIE DE BASE DES PERSONNES À CHARGE

OBJET DE LA GARANTIE

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

DÉBUT DE L'ASSURANCE DU NOUVEAU-NÉ

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

FIN DE LA GARANTIE

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

DROIT DE TRANSFORMATION DES PERSONNES À CHARGE ¹

Si la garantie d'assurance vie de base des personnes à charge couvrant les personnes à charge pour un montant minimum de 5 000 \$ prend fin et si les personnes à charge sont âgées de 65 ans ou moins, l'adhérent, ou les personnes à charge advenant le décès de l'adhérent, peuvent transformer, sans preuves d'assurabilité, l'assurance vie de base des personnes à charge en une police d'assurance individuelle, sous réserve des conditions suivantes :

- 1) une proposition d'assurance individuelle dûment remplie doit être présentée à l'assureur, et la première prime doit être réglée dans les 31 jours suivant la date de cessation de l'assurance des personnes à charge 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 des personnes à charge à l'anniversaire de naissance le plus proche et la catégorie de risque à laquelle elles appartiennent;

¹ Modifié le 30 septembre 2012 (Avenant n° 9)

- 5) le montant d'assurance de la police individuelle doit correspondre au montant d'assurance total que les personnes à charge peuvent 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 des personnes à charge en vertu de la présente garantie.

DROIT DES PERSONNES À CHARGE APRÈS LA CESSATION DE L'ASSURANCE ¹

Si les personnes à charge assurées décèdent dans les 31 jours suivant la cessation de leur protection en vertu de la présente garantie, le montant d'assurance vie de base payable est celui que l'adhérent, ou les personnes à charge advenant le décès de l'adhérent, auraient eu le droit de transformer.

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 12 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

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.

¹ Modifié le 30 septembre 2012 (Avenant n° 9)

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;

ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ADHÉRENT

- 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 présent 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

(Ne s'applique pas aux retraités)

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 présent 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 présent 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 présent 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;

ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ADHÉRENT

- 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 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 un congé mentionné à l'article PROLONGATION DE L'ASSURANCE de la section CESSATION DE L'ASSURANCE, 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

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

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 présent 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 présent contrat.

Tout accident tel que défini dans la partie DÉFINITIONS du présent 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 toute adhérente 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 présent contrat, les prestations payables à l'adhérente 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.

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 ouvrables.

Les paiements à l'égard d'une période de moins d'une semaine sont calculés au taux quotidien de 1/5 de la prestation hebdomadaire. Cependant, les paiements pour les adhérents ayant un horaire irrégulier sont calculés comme suit :

- 1) la prestation de la première semaine d'invalidité totale est proportionnelle à la perte de salaire subie dans cette semaine. Cette perte est établie selon le nombre d'heures de travail perdues une fois le délai de carence terminé et en considérant qu'une journée normale de travail compte 8 heures;
- 2) les prestations pour les semaines subséquentes à l'exception de la dernière semaine de prestations sont calculées selon le salaire correspondant à une semaine normale de travail de 40 ou 37,5 heures;
- 3) la prestation de la semaine de travail durant laquelle l'adhérent retourne au travail est proportionnelle au nombre d'heures de travail effectivement perdues.

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 ci-après, 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.

Le revenu total de l'adhérent provenant de toutes sources composé des sommes énumérées ci-dessous, qui lui ont été versées ou auxquelles il aurait droit, comprend :

- a) toute prestation hebdomadaire versée en vertu de la présente garantie;
- b) tout revenu hebdomadaire ou paiement versé par l'employeur;

- c) toute prestation d'invalidité payable en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, mais à l'exclusion 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 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;
- e) toute prestation provenant d'un régime de retraite ou de rente fourni par le preneur du contrat, 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;
- f) toute indemnité de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime public qui exige ou fournit des prestations 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.

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) 14 jours consécutifs 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,
- f) ainsi que de toute prime de séparation ou paiement pour congédiement injustifié.

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'adhérente 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, 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.

3) Exclusions ¹

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

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

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;

¹ Modifié avec Avenant n° 19

- 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 présent contrat.

DÉLAI DE CARENCE LORS D'UN REMPLACEMENT DE CONTRAT

L'adhérent est exempté de tout délai de carence, si les conditions suivantes sont réunies :

- 1) la nouvelle période d'invalidité totale est attribuable aux mêmes causes que celles qui ont justifié le versement d'indemnités aux termes du contrat précédent ou à des causes connexes;
- 2) moins de 180 jours se sont écoulés entre l'échéance de la dernière prestation ou de la dernière prime pour laquelle il y a eu exonération et le début de la nouvelle période d'invalidité totale.

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 un congé mentionné à l'article PROLONGATION DE L'ASSURANCE de la section CESSATION DE L'ASSURANCE, 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 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 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.

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 présent 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 adhérente 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 présent contrat, les prestations payables à l'adhérente 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.

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.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT

2) Intégration indirecte

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

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

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

- a) toute prestation mensuelle versée en vertu de la présente garantie;
 - b) tout revenu mensuel ou paiement versé par l'employeur;
 - c) toute prestation d'invalidité payable en vertu du Régime de rentes du Québec, 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.
- 3) 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.

4) 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'adhérente 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) 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, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;
- e) durant l'emprisonnement de l'adhérent par suite d'une condamnation pour infraction;
- f) lorsque l'adhérent séjourne à l'extérieur du Canada pendant une période de plus de 3 mois pour quelque raison que ce soit, à moins que l'assureur ne convienne d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période.

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 12 mois précédant immédiatement la date de prise d'effet de son assurance.

Toutefois, si la présente 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 présente police, cette période de temps sera prise en compte dans la détermination de la période de 12 mois d'assurance.

5) Exclusions ¹

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

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

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ TOTALE

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

- 1) 14 jours consécutifs de travail à temps plein durant le délai de carence; ou
- 2) 180 jours 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.

¹ Modifié avec Avenant n° 19

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 présent contrat.

DÉLAI DE CARENCE LORS D'UN REMPLACEMENT DE CONTRAT

L'adhérent est exempté de tout délai de carence, si les conditions suivantes sont réunies :

- 1) la nouvelle période d'invalidité totale est attribuable aux mêmes causes que celles qui ont justifié le versement d'indemnités aux termes du contrat précédent ou à des causes connexes;
- 2) moins de 180 jours se sont écoulés entre l'échéance de la dernière prestation ou de la dernière prime pour laquelle il y a eu exonération et le début de la nouvelle période d'invalidité totale.

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

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Année civile désigne la période qui s'étend du 1^{er} 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.

Frais d'honoraires de préparation désigne la partie du prix de chaque médicament sur prescription vendu par la pharmacie correspondant au montant alloué pour les frais de préparation du médicament.

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.

Marge bénéficiaire désigne la partie du prix de chaque médicament sur prescription vendu par la pharmacie correspondant au profit réalisé sur la vente du médicament.

Médicament obtenu sur ordonnance désigne un médicament prescrit par un médecin ou un chirurgien dentiste. De plus, certains médicaments prescrits par d'autres professionnels de la santé doivent être considérés comme médicament sur ordonnance si une loi provinciale permet à ces professionnels de le faire.

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

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

Programme de soutien aux patients désigne le programme en vertu duquel les fabricants de certains médicaments offrent des services d'information, de formation et d'aide financière à la personne assurée à qui le médicament est prescrit. ¹

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;

¹ Ajouté le 1^{er} octobre 2018 (Avenant n° 21)

- 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, sauf pour ce qui est de la partie de l'assurance médicaments qui correspond au régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments.

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

Pour toute année civile, le maximum de frais admissibles de médicaments que la personne assurée débourse est égal à la contribution maximale déterminée par la Régie de l'assurance maladie du Québec à l'égard de la franchise, du ticket modérateur, le cas échéant, et de la part des frais admissibles de médicaments qui n'est pas prise en charge par l'assureur en raison du pourcentage de remboursement prévu par la présente garantie. En conséquence, la contribution maximale de l'adhérent et de son conjoint à l'égard des frais de médicaments s'applique séparément. Toutefois, les frais de médicaments engagés pour les enfants à charge sont inclus dans la contribution maximale de l'adhérent. Pour les frais de médicaments engagés par la suite au cours de la même année civile, ce pourcentage devient 100 %.

Réseau de fournisseurs privilégiés ¹

L'assureur peut recommander des fournisseurs approuvés par le preneur pour la distribution de certains produits et services.

FRANCHISE

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

POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT

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

LIMITE DES FRAIS DE MÉDICAMENTS

Le montant maximal indiqué au TABLEAU DES GARANTIES s'applique à l'ensemble des frais de médicaments engagés par chaque assuré, par année civile.

¹ Ajouté le 1^{er} octobre 2018 (Avenant n° 21)

FRAIS ADMISSIBLES DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Les frais admissibles dans la province de résidence habituelle de l'adhérent comprennent les frais suivants :

FRAIS D'HOSPITALISATION

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.

Maison de convalescence ou de réadaptation : les frais de séjour, 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.

Sont aussi remboursables les médicaments et les autres produits que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments couvrirait à l'égard des personnes assurées si elles n'étaient pas couvertes en vertu d'un contrat collectif. Les frais ne sont pas limités aux frais usuels et raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus.

- 2) Pour les personnes assurées âgées de 65 ans ou plus qui sont assurées par le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments, les médicaments décrits au paragraphe 1), qui sont nécessaires à la thérapeutique, que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments ne couvre pas, qui sont obtenus sur ordonnance médicale et qui sont fournis par un pharmacien, ou par un médecin là où il n'y a pas de pharmacien.

Sont aussi remboursables les frais engagés qui servent à couvrir la franchise et la coassurance du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments, étant entendu que ces frais sont assujettis à la franchise et au pourcentage de remboursement de la présente garantie.

- 3) Les injections de substances sclérosantes pour le traitement des varices, à condition que ces traitements soient nécessaires à des fins médicales et non esthétiques, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.
- 4) Les bâtonnets réactifs et seringues pour le traitement du diabète.
- 5) Les produits anesthésiants administrés lors d'une intervention qui n'a pas lieu dans un hôpital, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

MÉDICAMENTS EXIGEANT UNE AUTORISATION PRÉALABLE ¹

L'autorisation préalable de l'assureur est exigée pour le remboursement de certains médicaments. La liste de ces médicaments est disponible sur le site Web de l'assureur. Un formulaire d'autorisation préalable doit être rempli par le médecin et soumis à l'assureur afin de s'assurer que les médicaments prescrits répondent aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur, notamment que les médicaments prescrits sont utilisés pour une indication thérapeutique approuvée et qu'ils démontrent une efficacité satisfaisante par rapport aux coûts qui y sont reliés. Il est possible que l'assureur rembourse la valeur d'un médicament équivalent lorsqu'il existe un tel médicament équivalent moins cher disponible sur le marché. Une preuve d'efficacité ou de nouveaux résultats peuvent être demandés en cours de traitement afin de déterminer si le médicament produit les effets attendus et demeure admissible au remboursement.

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS ¹

L'assureur peut recommander que la personne assurée participe à ce programme.

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 indiqué dans le TABLEAU DES GARANTIES pour chaque personne assurée.

Soins paramédicaux : selon les dispositions prévues au TABLEAU DES GARANTIES, les services fournis par chaque type de professionnel, 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. À moins d'indication contraire, ces services ne nécessitent pas de recommandation médicale.

Les frais engagés pour des techniques d'imagerie utilisées par un chiropraticien sont couverts, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

¹ Ajouté le 1^{er} octobre 2018 (Avenant n° 21)

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 du maximum indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

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.

ORTHÈSES ET PROTHÈSES

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

Orthèse podiatrique et support plantaire : achat, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

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 reconfecion par année civile, par personne assurée.

Prothèse auditive : achat, sur ordonnance écrite d'un oto-rhino-laryngologiste diplômé, jusqu'à concurrence du maximum 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 du maximum indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

ÉQUIPEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Glucomètre, dextromètre, réflectomètre ou tout appareil du même type : achat ou location, à la discrétion de l'assureur, d'un appareil destiné au contrôle du diabète et de la mallette permettant de le transporter, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante et jusqu'à concurrence du maximum indiqué au TABLEAU DES GARANTIES. Dans le cas du diabète de grossesse, seule la location de cet appareil est couverte.

Oxygène : achat.

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. 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, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Bas de contention : achat, à condition qu'ils soient fournis dans une pharmacie ou dans un établissement médical, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Stérilet : achat, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Sang, plasma sanguin et transfusions : achat, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

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

Services diagnostiques : techniques d'imagerie (incluant les examens aux rayons X, aux ultrasons et par résonance magnétique), analyse de laboratoire et électrocardiogrammes, à l'exclusion des services reçus à l'hôpital, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Examens de dépistage du diabète et du glaucome : frais pour les examens de dépistage du diabète et du glaucome, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

Frais de service pour remplir des formulaires d'assurance ou fournir des notes évolutives : frais exigés par un médecin pour remplir des formulaires d'assurance collective et fournir des notes évolutives, lorsque requis par l'assureur, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au TABLEAU DES GARANTIES. ¹

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.

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 maximum indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

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, jusqu'à concurrence des montants combinés indiqués 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.

FRAIS ADMISSIBLES HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Tous les frais admissibles engagés hors de la province de résidence habituelle de la personne assurée en cas d'orientation vers un autre médecin, se limitent aux frais habituels et raisonnables demandés dans la région où ces frais sont engagés et aux frais qui excèdent les montants remboursés par le régime provincial d'assurance hospitalisation ou le régime d'assurance maladie en vigueur dans la province de résidence habituelle de la personne assurée ou les deux.

ASSURANCE VOYAGE

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

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

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

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

- c) le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié qui n'est ni un membre de la famille immédiate, ni un ami, ni un compagnon de voyage, à condition que la présence d'un tel accompagnateur soit prescrite par le médecin traitant et approuvée par Voyage Assistance;
 - d) le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne assurée qui demeure à l'hôpital pendant au moins sept jours (les frais ne seront remboursés que si la personne demeure à l'hôpital au moins sept jours); cette visite n'est cependant pas admissible au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus. Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont également couverts, jusqu'à concurrence de 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.

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

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

- d) les frais engagés pour des prothèses implantées chirurgicalement, à l'exception des cristallins artificiels s'ils sont couverts par la présente police;
- e) les services, les soins ou les produits fournis à l'adhérent par l'employeur;
- f) les fauteuils roulants conçus ou adaptés pour permettre la participation à des activités sportives;
- g) les lits électriques;
- h) les appareils de contrôle tels les stéthoscopes, les sphygmomanomètres ou les autres appareils de même nature ainsi que les accessoires domestiques tels les purificateurs, les humidificateurs, les climatiseurs, les baignoires à remous ou autres appareils de même nature;
- i) les équipements de type «Obus Forme»;
- j) les cours, programmes d'exercices, programmes de conditionnement physique sur appareil ou au sol, bains flottants, bains de boue, bains thérapeutiques, exercices de relaxation, exercices en gymnase, séances d'étirement et renforcement, évaluations posturales et bougies auriculaires;
- k) les couches pour incontinence;
- l) les soins dentaires, sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;
- m) les actes dentaires et les fournitures ayant pour but la restauration de la bouche au complet ainsi que la correction de la dimension verticale ou de toute dysfonction temporo-mandibulaire;
- n) les voyages de santé ou les voyages effectués pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- o) les services, les soins ou les produits non inclus dans la liste des frais admissibles;
- p) les frais admissibles qui découlent directement ou indirectement :
 - i) de soins esthétiques;
 - ii) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel;
 - iii) de toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute loi semblable ou en vertu de tout autre régime public;
 - iv) d'une guerre, déclarée ou non, du service actif dans les forces armées d'un pays ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
 - v) du fait pour l'adhérent d'avoir conduit un véhicule motorisé alors qu'il était sous l'influence de stupéfiants ou que la concentration d'alcool dans son sang excédait la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada; les frais admissibles engagés pour une cure de désintoxication et les frais engagés pour l'achat de médicaments que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments couvrirait ne sont pas visés par la présente;

- q) les frais engagés pour une cure de désintoxication;
- r) les frais engagés pour le traitement de l'infertilité;
- s) les 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 émollients 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 médicaments ou produits antitabac qui ne sont pas couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments ainsi que les frais en excédent du maximum prévu en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments relativement aux médicaments ou produits antitabac;
- g) les médicaments pour le traitement de l'infertilité sauf ceux couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments;
- h) les frais engagés pour des soins, produits ou médicaments qui sont utilisés pour traiter des conditions spécifiques autres que celles pour lesquelles ils ont été approuvées par Santé Canada.¹

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 exigeant une autorisation préalable¹

- a) aucun remboursement n'est effectué en vertu de la présente garantie pour les médicaments qui ne répondent pas aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur à la date à laquelle les frais sont engagés;
- b) l'assureur se réserve le droit d'appliquer des restrictions au remboursement de médicaments pour lesquels un médicament équivalent moins cher existe sur le marché.

4) Restrictions applicables aux médicaments

La quantité des médicaments ou produits achetés ne doit pas dépasser une provision de 90 jours.

5) 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.

¹ Ajouté le 1^{er} octobre 2018 (Avenant n° 21)

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, même si le voyage a été recommandé par un médecin;
- 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 présent 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 présent 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 présent 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^e 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 12 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 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 12 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.

ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Année civile désigne la période du 1^{er} 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 exige des preuves d'assurabilité pour la présente garantie lorsqu'un adhérent soumet une demande d'adhésion, pour lui-même ou pour ses personnes à charge, plus de 180 jours après la date d'admissibilité applicable.

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 présent 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, ENDODONTIE ET PARODONTIE

EXAMENS

- Examen buccal complet, une fois tous les 6 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 36 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 : 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

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
- 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

SOINS DE BASE

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

ENTRETIEN DE PROTHÈSES AMOVIBLES

- Réparation
- Addition (à une prothèse amovible existante)
- Regarnissage
- Rebasage
- Ajustement de prothèses, trois mois après l'insertion
- Ajustements de prothèses avec ajustements mineurs, une fois par période de six mois.

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. Ces frais sont admissibles s'ils sont administrés en relation avec une extraction.

SOINS DE RESTAURATION MAJEURE

PROTHÈSES

Les frais d'une prothèse dentaire permanente initiale (telle que pont fixe, prothèse amovible partielle ou complète) sont couverts si l'achat est rendu nécessaire en raison de l'extraction d'au moins une dent naturelle pendant que la personne est couverte en vertu de la présente garantie ou d'une garantie comparable détenue par le preneur en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de la présente garantie.

Toutefois, pour un adhérent couvert depuis au moins 12 mois 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 mais dont l'extraction a eu lieu alors qu'il n'était pas assuré, les frais d'achat d'une prothèse initiale (telle que pont fixe, prothèse amovible partielle ou complète) sont remboursés selon le pourcentage indiqué au TABLEAU DES GARANTIES.

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

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

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

PROTHÈSES AMOVIBLES

- Prothèses complètes
- Prothèses complètes immédiates
- Prothèses hybride standard
- Prothèses de transition
- Prothèses partielles, y compris base coulée en chrome (mais pas en or)
- Prothèses partielles, réfection
- Remontage avec équilibrage de l'occlusion
- Garnissage temporaire thérapeutique

PROTHÈSES FIXES (PONTS)

- Piliers et pontiques
- Réparations
- Ablation de pont
- Recimentation

AUTRES RESTAURATIONS SIMPLES

- Recouvrements, facettes, incrustations et couronnes
 - a) pour une dent qui est fracturée en raison de caries ou d'une blessure traumatique et qui ne peut être traitée au moyen d'une obturation en amalgame ou en composite
 - b) les couronnes de transition sont considérées comme faisant partie de la restauration finale
 - c) les frais de remplacement de facette, incrustation, recouvrement et couronne en place sont couverts si ceux-ci datent d'au moins cinq ans
 - d) ne sont remboursables que les couronnes en métal sur les molaires
- Réparation en porcelaine
- Tenons de rétention, pivots, corps coulés
- Recimentation
- Ablation d'une incrustation ou d'une couronne

SOINS ORTHODONTIQUES

Si une personne engage des frais admissibles, pendant qu'elle est assurée en vertu de la présente garantie, relativement à des soins dentaires nécessaires ayant pour but la correction de la malocclusion des dents, selon la liste des services qui suit, l'assureur rembourse ces frais conformément aux dispositions du présent contrat et sous réserve des maximums indiqués au TABLEAU DES GARANTIES.

- les services fournis aux fins de diagnostic
- les traitements orthodontiques préventifs
- les traitements orthodontiques complets
- les appareils de contrôle des habitudes buccales

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

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 : ¹

- a) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel;
- b) de toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable ou de tout autre régime public;
- c) d'une guerre, déclarée ou non, du service actif dans les forces armées d'un pays, ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire.

EXCLUSIONS AFFÉRENTES AUX PROTHÈSES ET AUX COURONNES

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

- 1) les frais relatifs au remplacement de prothèses et d'appareils perdus, égarés ou volés;
- 2) les prothèses avec des attaches de précision ou des rupteurs de force;
- 3) les attaches de précision et les couronnes télescopiques pour les ponts fixes;
- 4) les couronnes préfabriquées en acier inoxydable ou polycarbonate, sauf dans le cas des dents primaires;
- 5) les chapes de transfert pour une couronne.

EXCLUSIONS AFFÉRENTES AUX TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES

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

- 1) la thérapie myofonctionnelle;
- 2) le remplacement ou la réparation d'un appareil orthodontique;
- 3) la motivation du patient (approche psychologique et évaluation de la progression, par visite);
- 4) un acte nécessitant la mise en bouche d'un appareil orthodontique ajustable avant que la personne assurée ne devienne couverte en vertu de la présente garantie.

COORDINATION DES PRESTATIONS

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

¹ Modifié avec Avenant n° 19

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 présent 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.

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 de l'expiration de la période de 12 mois qui suit la date du décès de l'adhérent;
- 2) la date à laquelle la personne à charge assurée 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

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

Pour une personne assurée qui réside à l'extérieur du Québec ou 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.

REMBOURSEMENT DES FRAIS AFFÉRENTS AUX SOINS ORTHODONTIQUES

Nonobstant toute disposition contraire du présent contrat figurant dans la partie DEMANDES DE PRESTATIONS, le remboursement des frais afférents aux soins orthodontiques a lieu selon l'une des modalités suivantes :

- 1) si une somme forfaitaire a été fixée pour toute la série de soins et que la personne assurée paie cette somme à l'orthodontiste en versements convenus, échelonnés selon la durée prévue des soins ou en une somme unique, l'assureur rembourse l'adhérent chaque fois que ce dernier lui présente une attestation, une facture ou un reçu spécifiant le montant des frais chargés, la date et la nature des soins reçus;
- 2) si, au lieu d'une somme forfaitaire, les services sont facturés au fur et à mesure qu'ils sont fournis, l'assureur rembourse l'adhérent chaque fois qu'il lui présente une demande de prestations.