



ASSURANCE
COLLECTIVE

VOTRE LIVRET D'ASSURANCE COLLECTIVE



VILLE DE QUÉBEC

Employés manuels



RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

Titulaire du régime : **VILLE DE QUÉBEC**

N° de police : **28820**

Prise d'effet de la police : **Le 1er janvier 2020**

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

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

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

Ce livret peut également être consulté sur notre site sécurisé Espace client, accessible via ia.ca, si offert dans le cadre de votre régime. Pour toute question relative aux couvertures, communiquer avec iA Groupe financier au 1 833 484-6980.

iA Groupe financier est une marque de commerce et un autre nom sous lequel **l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.** exerce ses activités.

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Page</u>
TABLEAU SOMMAIRE	1
CONDITIONS GÉNÉRALES	19
ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT	39
ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE	43
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE	55
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE	73
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	82
COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION	89
COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT	90
PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	92

TABLEAU SOMMAIRE

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

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

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

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

Les Participants sont assurés selon les catégories ci-dessous :

Catégorie(s)

HD - Employés manuels réguliers

ID3 - Employés manuels de l'ex-Québec invalides avant le 1er juillet 2005 (catégorie fermée dont les Participants sont admissibles seulement à la garantie d'Assurance vie du Participant et à la garantie d'Assurance maladie complémentaire)

PD - Employés manuels retraités à compter du 1er juillet 2005

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

DATE D'ADMISSIBILITÉ

Un Employé ou un Retraité devient admissible à la date suivante, sous réserve de toutes les modalités et conditions énoncées dans la police collective :

Catégorie(s)

HD	À la date à laquelle l'Employé obtient un poste régulier auprès de l'Employeur.
PD	À la date à laquelle l'Employé répond à la définition de Retraité selon l'Employeur.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

<u>Catégorie(s)</u>	<u>Capital assuré</u>
HD	1 fois le Revenu annuel, le résultat étant arrondi au 1 000 \$ suivant, s'il ne s'agit pas déjà d'un multiple de 1 000 \$. Maximum : 500 000 \$

Exclusions :

Cette garantie ne prévoit aucune prestation en cas de décès lié à l'activité professionnelle du Participant ayant un Conjoint survivant; cette prestation est payée par le Titulaire de la police, selon ce qui a été convenu entre l'Employeur et le syndicat.

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants : la date du décès du Participant, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Toutefois, à la date de la retraite, les Participants sont transférés dans la catégorie PD.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

<u>Catégorie(s)</u>	<u>Capital assuré</u>
ID3	2 fois le Revenu annuel payable immédiatement avant le début de l'Invalidité totale. Maximum : 500 000 \$

Ajustement au coût de la vie :

Le Revenu annuel payable immédiatement avant le début de l'Invalidité totale sera ajusté le 1er janvier de chaque année selon l'indice des prix à la consommation pour le Canada. L'indexation ne peut en aucun cas être inférieure à 0,0 %. L'indice des prix à la consommation est déterminé selon le facteur d'indexation de Statistique Canada pour la période précédente comprise entre le 1er novembre et le 31 octobre.

Restrictions :

La prestation est calculée en tenant compte des prestations payables en vertu du régime de retraite du Participant, selon ce qui est convenu entre l'Employeur et le syndicat.

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des événements suivants : la date du décès du Participant, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Toutefois, les Participants sont transférés dans la catégorie PD le premier Jour du mois qui suit leur 65e anniversaire de naissance.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT (suite)

<u>Catégorie(s)</u>	<u>Capital assuré</u>
PD	20 % du maximum des gains admissibles en vertu du Régime des rentes du Québec à la date du décès.

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des événements suivants : la date du décès du Participant, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

<u>Catégorie(s)</u>	<u>Prestation d'invalidité de longue durée</u>
HD	70 % du Revenu brut mensuel payable au début de l'Invalidité totale, le résultat étant arrondi au dollar suivant, s'il ne s'agit pas déjà d'un multiple de 1 \$.
Délai de carence :	26 semaines
Période de propre emploi :	24 mois suivant le Délai de carence
Période maximale du paiement des prestations :	Jusqu'au 65e anniversaire de naissance du Participant.
Taux maximum d'ajustement au coût de la vie :	L'indice des prix à la consommation moins 1,5 %. Si l'indice du prix à la consommation est moins de 1,5 %, le pourcentage d'ajustement est de 0 %.

Les paiements de prestations sont imposables.

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants, moins le délai de carence : le 65e anniversaire de naissance du Participant, ou le Jour où il a cumulé 70 % de crédit de rente de participation au régime de retraite de l'Employeur (y compris les années de participation à un REÉR collectif), sous réserve d'un âge minimum de 60 ans, ou à la date de sa retraite, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Catégorie(s) : HD, ID3

MÉDICAMENTS ⁽¹⁾

Franchise :	Aucune
Remboursement :	80 % jusqu'à concurrence de la Contribution maximale de la RAMQ, par Année civile, par famille et 100 % par la suite
Maximum :	Illimité

⁽¹⁾ *Les limites de Frais usuels et coutumiers seront appliquées au coût des médicaments.*

Contribution maximale d'un Participant au cours d'une Année civile

La Contribution maximale est celle stipulée en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments* (L.R.Q., chapitre A-29.01) et comprend tous les médicaments couverts en vertu de la police collective.

Nonobstant ce qui est indiqué à la police collective, la Contribution maximale du Participant comprendra également toutes les sommes que celui-ci paie à titre de Franchise ou de Coassurance pour son Conjoint et ses Enfants à charge.

Si la Contribution maximale est atteinte par le Participant (y compris son Conjoint et ses Enfants à charge) durant une Année civile, le pourcentage du Remboursement sera de 100 % pour le reste de l'Année civile.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Catégorie(s) : HD, ID3

Substitution générique

Si le médicament est un Médicament d'origine qui possède un équivalent générique, le montant remboursable sera fondé sur le coût du médicament interchangeable le moins cher. Cependant, si, pour des raisons médicales valables, la Personne assurée doit prendre le Médicament d'origine, l'assureur effectuera le Remboursement en fonction du coût du médicament prescrit admissible, à condition que la Personne assurée présente à l'assureur un formulaire approprié dûment rempli par le Médecin traitant et que l'absence de substitution soit approuvée par l'assureur.

Comme il est stipulé ci-dessus, le médicament interchangeable le moins cher comprendra, sans s'y limiter :

- i) Un médicament de relais pour le Médicament d'origine considéré comme interchangeable par la loi; ou
- ii) Un produit biologique ultérieur.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Catégorie(s) : HD, ID3

HOSPITALISATION DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Franchise :	Remboursement :	Maximum quotidien :
Aucune	100 %	Tarif d'une chambre semi-privée
		Maximum par Personne assurée :
		Illimité

FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE ENGAGÉS HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE et ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

Franchise :	Remboursement :	Maximum par Personne assurée :
Aucune	100 %	5 000 000 \$ par séjour

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

Franchise :	Remboursement :	Maximum par Personne assurée :
Aucune	100 %	5 000 \$ par séjour

TOUS LES AUTRES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA

Franchise :	Aucune
Remboursement :	80 %
Maximum :	Illimité

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Catégorie(s) : HD, ID3

Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums payables par Personne assurée</u> <i>(Les limites de Frais usuels et coutumiers seront appliquées aux frais énumérés ci-dessous.)</i>
Injections sclérosantes*	15 \$ par visite.
Produits anesthésiants*	Maximum admissible de 20 \$ par intervention.
Timbres contraceptifs*	Frais usuels et coutumiers.
Produits anti-tabagiques*	Frais usuels et coutumiers.
Honoraires d'infirmiers*	Maximum admissible de 200 \$ par Jour, jusqu'à un maximum de 4 000 \$ par Année civile.
Service ambulancier professionnel	Frais usuels et coutumiers.
Séjour dans un établissement de soins de santé autorisé à fournir des soins de réadaptation*	Chambre semi-privée, jusqu'à un maximum de 180 Jours par période d'Hospitalisation. Ces frais sont remboursés à 100 %.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Catégorie(s) : HD, ID3

Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums payables par Personne assurée</u> <i>(Les limites de Frais usuels et coutumiers seront appliquées aux frais énumérés ci-dessous.)</i>
Examens de laboratoire (y compris les examens prénataux et les bilans de santé)*, services d'imagerie médicale* et traitements au radium*	Frais usuels et coutumiers.
Appareils d'assistance respiratoire*	Frais usuels et coutumiers.
Appareils thérapeutiques*	Frais usuels et coutumiers.
Appareils orthopédiques*	Frais usuels et coutumiers.
Fournitures médicales*	Frais usuels et coutumiers.
Prothèses oculaires* et prothèses artificielles*	Maximum combiné de 5 000 \$ par membre perdu. Toutefois, les prothèses oculaires sont limitées à un polissage ou à une nouvelle confection par Année civile.
Fauteuil roulant* et cadre de marche*	Frais usuels et coutumiers.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Catégorie(s) : HD, ID3

Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums payables par Personne assurée</u> <i>(Les limites de Frais usuels et coutumiers seront appliquées aux frais énumérés ci-dessous.)</i>
Lit d'hôpital*	Frais usuels et coutumiers.
Appareils d'administration liés au diabète (pompes à insuline)*	Frais usuels et coutumiers.
Accessoires pour appareils de contrôle (dextromètres, glucomètres, réflectomètres)* et accessoires pour appareils d'administration liés au diabète (pompes à insuline)*	Frais usuels et coutumiers
Neurostimulateur percutané ou transcutané*	Frais usuels et coutumiers.
Piles de secours pour respirateur médical à pression positive*	Maximum de 1 pile par période de 5 Années civiles consécutives.
Prothèses mammaires*	Maximum admissible de 150 \$ par période de 24 mois consécutifs.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Catégorie(s) : HD, ID3

Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums payables par Personne assurée</u> <i>(Les limites de Frais usuels et coutumiers seront appliquées aux frais énumérés ci-dessous.)</i>
Bas élastiques médicaux de 20 mmHg ou plus*	Maximum admissible de 100 \$ par Année civile.
Chaussures orthopédiques (personnalisées, fabriquées sur mesure ou moulées sur commande)* et Chaussures profondes*	Maximum combiné de 2 paires par Année civile.
Orthèses du pied (moulées sur commande)* et orthèses plantaires (orthèses 2D et 3D)*	Maximum de 1 paire par Année civile.
Ajustements, réparations et modifications d'orthèses du pied et d'orthèses plantaires*	Maximum admissible de 250 \$ par ajustement, réparation ou modification pour un maximum de 3 ajustements, réparations ou modifications par Année civile.
Stérilets*	Maximum admissible de 25 \$ par stérilet, jusqu'à un maximum de 2 stérilets par Année civile.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Catégorie(s) : HD, ID3

Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums payables par Personne assurée</u> <i>(Les limites de Frais usuels et coutumiers seront appliquées aux frais énumérés ci-dessous.)</i>
Prothèses capillaires (requisés suite à un traitement de chimiothérapie)*	Maximum admissible de 150 \$ pour la durée de la police collective.
Appareil et matériel pour une colostomie ou une iléostomie*	Frais usuels et coutumiers.
Soins dentaires suite à une blessure accidentelle	Frais usuels et coutumiers.
Traitement pour la toxicomanie, l'alcoolisme et la dépendance au jeu*	60 \$ par Jour, jusqu'à un maximum de 2 500 \$ pour la durée de la police collective. Ces frais sont remboursés à 100 %.
Chirurgie esthétique à la suite d'un Accident*	Frais usuels et coutumiers.

***Ordonnance médicale requise**

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Catégorie(s) : HD, ID3

Frais médicaux

Frais couverts

Maximums payables par Personne assurée

*(Les limites de Frais usuels et
coutumiers seront appliquées
aux frais énumérés ci-dessous.)*

Honoraires des praticiens de
soins paramédicaux suivants :
Acupuncteur, Kinésithérapeute,
Massothérapeute et
Orthothérapeute

30 \$ par visite; maximum de 500 \$
par Année civile pour chacun de
ces praticiens.

Honoraires des praticiens de
soins paramédicaux suivants :
Audiologiste, Ergothérapeute,
Thérapeute de l'ouïe,
Physiothérapeute, Thérapeute
en réadaptation physique,
Thérapeute du sport,
Thérapeute de la parole et
Orthophoniste

Frais usuels et coutumiers.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Catégorie(s) : HD, ID3

Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums payables par Personne assurée</u> <i>(Les limites de Frais usuels et coutumiers seront appliquées aux frais énumérés ci-dessous.)</i>
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants : Chiropraticien	30 \$ par visite; maximum de 750 \$ par Année civile, y compris les radiographies ⁽¹⁾ . Ces frais sont remboursés à 100 %.
	⁽¹⁾ <i>Maximum de 30 \$ par radiographie.</i> Ces frais sont remboursés à 100 %.
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants : Diététiste, Naturopathe ⁽²⁾ , Nutritionniste, Ostéopathe et Podiatre	Maximum admissible de 30 \$ par visite. Ces frais sont remboursés à 100 %.

⁽²⁾ *Seuls les frais engagés pour consultation en vue d'obtenir des conseils alimentaires ou pour établir un bilan de santé ou un régime à base de produits naturels feront l'objet d'un Remboursement. Les frais engagés pour des produits naturels, massages, bains, posturologie et exercices physiques ne sont pas considérés comme des frais de consultation de naturopathes.*

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Catégorie(s) : HD, ID3

Frais médicaux

Frais couverts

Maximums payables par Personne assurée

*(Les limites de Frais usuels et
coutumiers seront appliquées
aux frais énumérés ci-dessous.)*

Honoraires des praticiens de soins
paramédicaux suivants :
Psychiatre, Psychanalyste,
Travailleur social, Psychologue,
Psychothérapeute, Thérapeute en
counseling (Conseiller
d'orientation, Conseiller
thérapeute, Thérapeute conjugal
et familial, Thérapeute en relation
d'aide), Sexologue,
Psychoéducateur et Thérapie
cognitivo-comportementale par
internet (TCCi) *, Éducateur
spécialisé

Maximum admissible combiné de
2 000 \$ par Année civile.

* *Pour la TCCi, les services doivent
être rendus par un conseiller
clinicien, un psychanalyste, un
psychologue, un psychothérapeute
ou un travailleur social*

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Catégorie(s) : HD, ID3

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants : la date de la retraite du Participant, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective, sous réserve des Dispositions particulières pour les Personnes assurées de 65 ans et plus prévues dans la présente garantie.

CONDITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Acceptation des preuves d'assurabilité signifie que l'assureur accepte effectivement, par écrit, le risque demandé après avoir reçu chacun des documents requis pour accepter ce risque.

Accident signifie tout évènement attribuable à une cause externe de nature soudaine et imprévisible qui occasionne des blessures physiques directement et indépendamment de toute autre cause, le tout étant certifié par un Médecin.

Année civile signifie la période qui s'étend du 1er janvier au 31 décembre suivant, inclusivement.

Assurance voyage signifie les garanties d'Assurance maladie complémentaire suivantes : Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence, Assistance hors de la province en cas d'urgence et Assurance annulation de voyage.

Capacité de travailler légalement signifie que le Participant doit avoir chacune des licences, permis ou autre certification requis pour travailler légalement au Canada.

Chirurgie d'un jour signifie une chirurgie effectuée dans un Hôpital ou dans une clinique externe affiliée à un Hôpital et nécessitant une anesthésie locale, régionale ou générale, à l'exclusion de toute chirurgie mineure pouvant être effectuée dans le bureau du Médecin.

Coassurance signifie la proportion du coût des frais couverts qui doit être défrayée par la Personne assurée, jusqu'à concurrence de la Contribution maximale.

Compagnon de voyage signifie une personne qui partage des arrangements financiers de voyage avec la Personne assurée.

Contribution maximale signifie le montant total assumé par la Personne assurée au-delà duquel le coût des frais couverts exigibles selon la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec est assumé par l'assureur à 100 %.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Délai de carence signifie la période indiquée au Tableau sommaire pendant laquelle le Participant doit être absent du travail de façon continue en raison d'une Invalidité totale, avant que la prestation d'invalidité de longue durée soit payable.

Demande satisfaisante signifie que le Participant a fait une demande et qu'il a pris toutes les démarches nécessaires pour faire appel de tout rejet de cette demande au plus haut niveau d'appel, le tout dans les délais requis pour faire cette demande ou cet appel.

Dentiste généraliste signifie un dentiste licencié qui exerce sans spécialité à l'intérieur de sa profession.

Destination signifie la ville ou le pays où se rend la Personne assurée.

Effectivement au travail signifie :

S'il s'agit d'un Jour de travail, l'Employé est considéré comme étant Effectivement au travail pour son Employeur s'il se présente au travail et exerce toutes les tâches essentielles de son occupation régulière pour la totalité du nombre d'heures prévu pour ce Jour de travail.

S'il s'agit d'un weekend, d'un jour férié ou d'un jour de vacances, l'Employé est considéré comme étant Effectivement au travail pour son Employeur si :

- a) Ce jour-là, il aurait été capable de se présenter au travail pour son Employeur et d'exercer toutes les tâches essentielles de son occupation régulière pour la totalité du nombre d'heures prévu pour ce Jour de travail; et
- b) À son dernier Jour de travail, il s'est présenté au travail et a exercé toutes les tâches essentielles de son occupation régulière pour la totalité du nombre d'heures prévu pour ce Jour de travail.

Emploi rémunérateur signifie toute occupation, tout emploi ou toute autre activité générant une compensation ou un profit, pour lequel le Participant est raisonnablement qualifié (ou pourrait le devenir) de par sa formation, son éducation ou son expérience, et qui lui permettrait de gagner au moins 60 % de son Revenu brut mensuel indexé avant l'Invalidité totale.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Employé signifie une personne qui est activement employée par l'Employeur et faisant partie de l'une des catégories d'employés admissibles en vertu de la police collective.

Employeur signifie le Titulaire de la police.

Famille immédiate signifie le Conjoint, le père, la mère, un Enfant, un frère ou une sœur de la Personne assurée.

Frais usuels et coutumiers signifie le coût moyen habituellement exigé pour un service, un traitement ou un produit dans une région donnée. Ces Frais usuels et coutumiers sont établis par l'assureur et peuvent être révisés au besoin.

Hôpital signifie une institution :

- a) Légalement reconnue comme telle par l'organisme gouvernemental concerné; et
- b) Destinée aux soins des patients alités; et
- c) Qui assure en tout temps les services de médecins et d'infirmières autorisées.

Hospitalisation et Hospitalisé signifie l'occupation d'une chambre d'Hôpital à titre de patient alité admis, pour laquelle des frais de chambre et d'hébergement ont été facturés en lien avec l'Hospitalisation. La Chirurgie d'un jour est considérée comme une période d'Hospitalisation.

Hôte à destination signifie une personne qui héberge la Personne assurée à sa résidence.

Invalidité totale et Totalelement invalide

Catégorie(s) : HD

Invalidité totale et Totalelement invalide signifie qu'au cours du Délai de carence de l'Assurance invalidité de longue durée du Participant et des 24 premiers mois suivant le Délai de carence, le Participant est, en raison d'une Maladie ou d'un Accident, incapable d'exercer de façon continue toutes les

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

tâches essentielles de son Occupation régulière pour son propre Employeur et est également incapable d'exercer de façon continue toutes ces mêmes tâches de son Occupation régulière chez tout autre employeur, le tout tel que déterminé par l'assureur.

Après le Délai de carence et les 24 premiers mois suivant le Délai de carence, **Invalidité totale et Totalelement invalide** signifie que le Participant est, en raison d'une Maladie ou d'un Accident, incapable d'exercer de façon continue tout Emploi rémunérateur, tel que déterminé par l'assureur.

Sauf tel qu'expressément autorisé par la disposition Programme de réadaptation de la police collective ou tel qu'expressément approuvé par l'assureur, si un Participant exerce toute occupation, tout emploi, ou toute autre activité générant une compensation ou un profit, il sera réputé ne plus être Totalelement invalide.

Les éléments suivants ne seront pas considérés pour déterminer l'Invalidité totale :

- a) La disponibilité de l'Occupation régulière ou de tout Emploi rémunérateur;
et
- b) La perte, la révocation, le retrait ou le non-renouvellement d'une licence, d'un permis ou de toute autre certification, professionnels ou de travail, requis pour exercer une telle Occupation régulière ou Emploi rémunérateur.

Catégorie(s) : ID3

Invalidité totale et Totalelement invalide signifie que le Participant est, en raison d'une Maladie ou d'un Accident, incapable d'exercer de façon continue tout Emploi rémunérateur, tel que déterminé par l'assureur.

Sauf tel qu'expressément approuvé par l'assureur, si un Participant entreprend toute occupation, tout emploi, ou toute autre activité générant une compensation ou un profit, il sera réputé ne plus être Totalelement invalide.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Les éléments suivants ne seront pas pris en considération pour déterminer l'Invalidité totale :

- a) La disponibilité d'un Emploi rémunérateur; et
- b) La perte, la révocation, le retrait ou le non-renouvellement d'une licence ou de tout autre permis ou certification, professionnel ou de travail, requis pour exercer un tel Emploi rémunérateur.

Jour signifie un jour civil, sauf si défini autrement dans la police collective.

Jour de travail signifie un Jour durant lequel il est prévu que le Participant travaille pour son Employeur et exerce toutes les tâches essentielles de son occupation régulière pour la totalité du nombre d'heures prévu.

Maladie signifie toute détérioration de la santé requérant des soins continus et curatifs prodigués activement par un Médecin, et lorsque requis par la police collective, par un Spécialiste du domaine médical applicable à la Maladie.

Maximum admissible : Le montant payable pour une demande de règlement basée sur un tel maximum correspond au Maximum admissible tel qu'indiqué pour les frais couverts multiplié par le pourcentage de remboursement.

Si le montant soumis est inférieur au Maximum admissible, le montant payable correspondra au montant soumis multiplié par le pourcentage de remboursement, s'il y a lieu.

Tout maximum qui n'est pas identifié comme un Maximum admissible sera remboursé selon le Maximum payable par l'assureur.

Maximum payable : Le montant payable pour une demande de règlement basée sur le Maximum payable correspond au montant soumis multiplié par le pourcentage de remboursement, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

Médecin signifie une personne légalement accréditée et autorisée à pratiquer la médecine et qui pratique dans le champ de son accréditation.

Médicament (d'origine ou générique) : S'il est fait mention de ces deux types de médicament, le Médicament d'origine désigne le premier médicament

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

développé et mis sur le marché. Le Médicament générique désigne toute reproduction d'un Médicament d'origine.

Médicalement requis signifie généralement accepté et reconnu par la profession médicale canadienne, ou la profession dentaire canadienne, s'il y a lieu, comme étant efficace, approprié et indispensable comme traitement d'une Maladie ou d'une blessure, y compris les blessures résultant d'un Accident, conformément aux normes médicales canadiennes, ou aux normes dentaires canadiennes, s'il y a lieu.

Membre de la famille signifie le Conjoint, l'Enfant, le père, la mère, le frère, la sœur, le gendre, la bru, le beau-père, la belle-mère, le grand-père, la grand-mère, le petit-enfant, le demi-frère, la demi-sœur, le beau-frère, la belle-sœur, l'oncle, la tante, le neveu et la nièce.

Occupation régulière signifie l'occupation que le Participant exerçait de façon régulière immédiatement avant la date de l'Invalidité totale.

Participant signifie un Employé ou un Retraité qui est assuré en vertu de la police collective.

Période d'admissibilité signifie la période continue, telle qu'indiquée au Tableau Sommaire, se terminant à la date d'entrée en vigueur de la police collective ou après, durant laquelle l'Employé doit être Effectivement au travail.

Personne à charge signifie le Conjoint du Participant ou un Enfant du Participant ou de son Conjoint. Lorsque les Personnes à charge sont assurées en vertu de la police collective, les termes «Conjoint» et «Enfant» sont définis ainsi :

a) Conjoint

La personne liée par un mariage ou une union civile à un Participant ou la personne désignée par le Participant, qu'il présente publiquement comme son Conjoint et avec qui il cohabite en permanence depuis au moins 1 année, ou moins, si un Enfant est issu de leur union.

La séparation de fait depuis plus de 3 mois fait perdre ce statut de Conjoint aux fins de la police collective.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Si, d'après cette définition, le Participant a eu plus d'un Conjoint, le terme «Conjoint» désigne la dernière personne qui se qualifie à titre de Conjoint.

b) **Enfant**

Tout Enfant non marié du Participant ou de son Conjoint, qui s'en remet entièrement au Participant pour sa subsistance et son entretien et remplit au moins une des conditions suivantes :

- i) Être âgé de moins de 21 ans; ou
- ii) Être âgé de moins de 26 ans et fréquenter à temps plein une institution d'enseignement reconnue; ou
- iii) Avoir un handicap mental ou physique et être incapable de gagner sa vie en raison de ce handicap, pourvu que le handicap en question se soit déclaré lorsqu'il était Enfant tel que défini en vertu de i) ou ii).

Personne assurée signifie un Participant ou une Personne à charge d'un Participant qui est assuré en vertu de la police collective.

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

Remboursement représente le pourcentage des frais couverts engagés qui est remboursé par l'assureur après avoir été déduit de la Franchise. Ce pourcentage est indiqué au Tableau sommaire.

Résident à temps plein au Canada signifie avoir la résidence permanente au Canada et résider dans la province de résidence le nombre de Jours minimal requis pour être couvert sous le régime provincial de soins de santé applicable de cette province de résidence.

Retraité signifie un Employé recevant une rente de retraite en vertu du régime de retraite de la Ville de Québec et qui était assuré en vertu du régime d'assurance collective immédiatement avant la date de sa retraite.

Réunion d'affaires signifie une réunion privée préalablement organisée dans le cadre du travail à temps plein de la Personne assurée, et qui constitue la seule

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

raison du voyage. En aucun cas, une réunion d'affaires ne pourra inclure une convention, un congrès, une assemblée, une foire, une exposition, un séminaire ou une réunion du conseil d'administration.

Revenu annuel signifie le salaire régulier de base du Participant tel que déclaré par le Titulaire de la police à l'assureur, y compris l'indemnité d'ancienneté, mais à l'exclusion de toute autre rémunération, dont celle qui résulte des heures supplémentaires et de tout boni.

Toutefois, dans le cas de la catégorie HD, le Revenu servant au calcul des prestations pour les Employés travaillant selon un horaire réduit à la suite d'un congé parental est celui qui est réellement versé aux fins d'application de l'Assurance invalidité de longue durée, et ce, jusqu'à la date prévue de retour au travail selon l'horaire régulier.

Spécialiste signifie un Médecin autorisé à pratiquer la médecine avec une spécialité par l'autorité réglementaire provinciale compétente.

Titulaire de la police signifie toute entité inscrite comme étant le Titulaire de la police sur la page couverture de la police collective.

Transporteur signifie un avion, un autobus ou un train public.

Urgence médicale signifie un événement soudain et imprévu qui requiert une surveillance médicale immédiate.

Voyage couvert signifie un voyage :

- a) Qui amènera la Personne assurée à s'absenter de son domicile pendant au moins 2 nuits consécutives, et
- b) Dont la Destination est à au moins 200 kilomètres du domicile de la Personne assurée.

MODIFICATION AUX RÉGIMES GOUVERNEMENTAUX

Les prestations prévues en vertu de la police collective sont établies en complémentarité des prestations prévues aux régimes gouvernementaux. Toute modification à ces régimes gouvernementaux après la date de prise d'effet de la police collective n'aura pas pour effet de modifier les prestations

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

prévues aux présentes, à moins qu'une entente de modification des garanties ne soit signée par les signataires autorisés de l'assureur.

Nonobstant ce que prévoit le paragraphe précédent, la police collective sera modifiée de façon à comporter les changements apportés au maximum de la rémunération assurable déterminé en vertu de la *Loi sur l'assurance-emploi*. De plus, si la législation fédérale ou provinciale exige qu'un assureur offre un certain type ou un certain niveau de protection ou les moyens de fournir un certain type de protection, la police collective sera réputée avoir été modifiée pour tenir compte des exigences de la législation.

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

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

MONNAIE LÉGALE

Les sommes dues en vertu de la police collective sont payables en monnaie légale du Canada et selon le taux de change en vigueur au moment de l'évènement donnant droit à une prestation.

DROIT D'EXEMPTION

Un Participant admissible à l'Assurance maladie complémentaire peut renoncer à l'assurance qui lui est offerte en vertu de la présente police collective, s'il est assuré par une garantie équivalente en vertu d'une autre police d'assurance collective.

Le refus de participer à l'assurance peut être à l'égard du Participant et de ses Personnes à charge ou de ses Personnes à charge uniquement.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Si l'assurance en vertu de cette autre police d'assurance collective prend fin en raison de la résiliation d'une telle police ou en raison de la perte d'admissibilité, une demande peut être faite afin d'assurer, en vertu de la présente police collective, ces personnes dont l'assurance a pris fin.

La demande doit être faite dans les 31 Jours suivant la cessation de l'assurance en vertu de l'autre police et l'assurance en vertu de la présente police collective entrera en vigueur le Jour suivant la date de cessation de l'assurance en vertu de l'autre police.

ADMISSIBILITÉ

Employé ou Retraité

Un Employé ou un Retraité deviendra admissible à l'assurance en vertu de la police collective à titre de Participant à la date (sa «date d'admissibilité») à laquelle il satisfait à toutes les exigences suivantes :

- a) Il répond à la définition d'Employé ou de Retraité de la police collective; et
- b) Il est un Résident à temps plein au Canada; et
- c) Il bénéficie d'une assurance en vertu du régime d'assurance maladie de sa province de résidence; et
- d) Il a satisfait à la Période d'admissibilité précisée au Tableau sommaire.

Cependant, un Employé n'est pas admissible à la garantie d'Assurance invalidité de longue durée s'il atteint l'âge de cessation indiqué au Tableau sommaire pour cette garantie avant la fin du Délai de carence prévu.

Personnes à charge

Une personne deviendra admissible à l'assurance en vertu de la police collective à titre de Personne à charge à la date (sa «date d'admissibilité») à laquelle elle satisfait à toutes les exigences suivantes :

- a) Elle répond à la définition d'une Personne à charge de la police collective; et
- b) Elle est un Résident à temps plein au Canada; et

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

- c) Elle bénéficie d'une assurance en vertu du régime d'assurance maladie de sa province de résidence; et
- d) L'Employé ou le Retraité dont elle est une Personne à charge est assuré en vertu de la police collective à titre de Participant.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

Que la participation au régime, en vertu de la police collective, soit obligatoire ou facultative, l'assurance d'un Employé ou d'un Retraité et, s'il y a lieu, celle de ses Personnes à charge, prend effet à la date d'admissibilité de la personne, si la demande de participation à l'assurance collective est reçue par l'assureur avant ou à cette date, ou dans les 31 Jours qui suivent cette date.

Si l'assureur reçoit la demande de participation à l'assurance collective au-delà de 31 Jours suivant la date d'admissibilité, sans toutefois excéder 180 Jours, l'assurance d'un Employé ou d'un Retraité et, s'il y a lieu, celle de ses Personnes à charge, prend effet à la date d'admissibilité de la personne, sous réserve du paiement rétroactif des primes.

Si l'assureur ne reçoit pas la demande de participation à l'assurance collective dans les 180 Jours suivant la date d'admissibilité, l'assurance n'entrera pas en vigueur avant la date à laquelle l'assureur reçoit les preuves d'assurabilité et donne Acceptation des preuves d'assurabilité, à l'exception des garanties d'Assurance médicaments Québec et d'Assurance maladie complémentaire qui prendront effet à la date à laquelle la demande de participation est reçue par l'assureur.

Cependant :

- a) Si l'Employé n'est pas Effectivement au travail à la date à laquelle son assurance aurait dû prendre effet, l'assurance ne prendra pas effet avant la date ultérieure à laquelle il est de nouveau Effectivement au travail;
- b) Si la Personne à charge est Hospitalisée à la date à laquelle son assurance aurait dû prendre effet, l'assurance ne prendra pas effet avant la date ultérieure à laquelle elle n'est plus Hospitalisée (cette clause ne s'applique pas à la garantie d'Assurance vie ni dans le cas d'un nouveau-né).

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

FIN DE L'ASSURANCE

Participant

L'assurance du Participant en vertu de la police collective se termine automatiquement à la première des dates suivantes :

- a) La date de résiliation de la police collective; ou
- b) La date à laquelle le Participant prend sa retraite, sauf si indiqué autrement au Tableau sommaire; ou
- c) La date à laquelle le Participant atteint l'âge limite indiqué au Tableau sommaire, si un âge limite est indiqué; ou
- d) La date à laquelle le Participant n'est plus un Résident à temps plein au Canada; ou
- e) La date à laquelle le Participant perd sa Capacité de travailler légalement au Canada; ou
- f) La date à laquelle le Participant cesse d'être assuré par le régime d'assurance maladie de sa province; ou
- g) La date du décès du Participant; ou
- h) La date à laquelle le Titulaire de la police résilie l'assurance du Participant; ou
- i) La date à laquelle le Participant plaide coupable ou est reconnu coupable d'une infraction pour laquelle il est détenu dans un pénitencier, une prison, un établissement correctionnel, un établissement de psychiatrie criminelle ou toute autre institution similaire; ou
- j) La date à laquelle le Participant, autre qu'un Retraité, ne répond plus à la définition d'Employé de la police collective.

L'assurance d'un Participant peut être prolongée durant toute période où il n'est plus Effectivement au travail en raison, mais sans s'y limiter, d'une Maladie, d'une blessure, d'une mise à pied temporaire ou d'un congé

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

autorisé. Le Participant doit communiquer avec le Titulaire pour obtenir des renseignements additionnels.

Personnes à charge

L'assurance d'une Personne à charge se termine d'office à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle le Participant dont elle est à charge cesse d'être assuré en vertu de la police collective; ou
- b) La date à laquelle la Personne à charge ne répond plus à la définition de Personne à charge de la police collective; ou
- c) La date à laquelle la Personne à charge atteint l'âge limite indiqué au Tableau sommaire, si un âge limite y est indiqué; ou
- d) La date à laquelle la Personne à charge cesse d'être un Résident à temps plein au Canada; ou
- e) La date à laquelle la Personne à charge cesse d'être assurée par le régime d'assurance maladie de sa province de résidence; ou
- f) La date à laquelle le Titulaire de la police met fin à l'assurance de la Personne à charge.

Les modalités et conditions ci-dessus sont également applicables en cas de résiliation partielle de l'assurance, pour un Participant ou une Personne à charge, par suite de la résiliation de l'assurance en vertu d'une ou de plusieurs garanties.

AVIS ET PREUVE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

L'avis et la preuve de toute demande de règlement doivent être soumis dans le format exigé par l'assureur. La preuve d'une demande de règlement doit inclure toutes les informations que l'assureur exige et juge nécessaires aux circonstances et à l'étendue de la perte, ou qu'il exige autrement afin de compléter l'évaluation de la demande de règlement. L'assureur ne sera pas tenu

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

responsable d'une demande de règlement qui n'est pas soumise conformément aux modalités et conditions de la police collective.

- ♦ **Assurance maladie complémentaire :**

L'avis et la preuve d'une demande de règlement doivent être soumis à l'assureur dans les 12 mois suivant la date de survenance du sinistre donnant droit à une prestation.

- ♦ **Assurance vie :**

L'avis et la preuve d'une demande de règlement doivent être soumis dans les 90 Jours suivant la date de survenance du sinistre donnant droit à une prestation.

- ♦ **Assurance invalidité de longue durée :**

L'avis et la preuve d'une demande de règlement doivent être soumis dans les 90 Jours suivant la fin du Délai de carence du Participant.

AVIS ET PREUVE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT DANS LE CAS DE LA FIN DE L'ASSURANCE OU DE LA RÉSILIATION DE LA POLICE

Dans l'éventualité de la résiliation de la police collective ou de la fin de l'assurance du Participant, l'avis et la preuve de demande de règlement, pour toute demande autre qu'une demande d'Assurance invalidité de longue durée, ou une demande d'Assurance maladie complémentaire, doivent être soumis à l'assureur dans les 90 Jours suivant la date de la résiliation de la police collective et, dans l'éventualité de la fin de l'assurance du Participant, dans les 90 Jours suivant la fin de son assurance.

L'avis et la preuve d'une demande de règlement d'Assurance invalidité de longue durée doivent être soumis dans les 180 Jours suivant la date de la résiliation de la police collective et, dans l'éventualité de la fin de l'assurance du Participant, dans les 90 Jours suivant la fin de son assurance.

L'avis et la preuve d'une demande de règlement d'Assurance maladie complémentaire doivent être soumis dans les 90 Jours suivant la date de la résiliation de la police collective et, dans l'éventualité de la fin de l'assurance du

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Participant, dans les 12 mois suivant la date de la survenance du sinistre donnant droit à une prestation.

DEMANDES FRAUDULEUSES DE RÈGLEMENT

L'assureur entreprendra toutes les actions nécessaires pour détecter et enquêter les demandes de règlement d'assurance collective frauduleuses.

Soumettre une demande de règlement qui contient de l'information erronée, incomplète ou trompeuse est considéré comme un crime lorsque le Participant soumet cette demande consciemment et avec l'intention de frauder l'assureur et la police d'assurance collective.

L'assureur se réserve le droit de vérifier les demandes de règlement à toute étape pour fraude ou fausse déclaration, même après qu'un paiement ait été émis. Si l'assureur détermine qu'un Participant ou une Personne à charge a soumis une demande de règlement qui contient des renseignements faux ou trompeurs, l'assureur aura le droit, à sa seule discrétion, d'en aviser le Titulaire de la police, de refuser la demande de règlement ou d'exiger un remboursement si la demande a déjà fait l'objet d'un paiement. De plus, nonobstant toute autre disposition de la police collective, l'assureur aura le droit de mettre fin à l'assurance du Participant en vertu de la police collective, y compris toute assurance des Personnes à charge du Participant, et aura le droit de poursuivre en justice le Participant et/ou la Personne à charge conformément aux lois provinciales ou fédérales.

PROCESSUS D'APPEL

Dans le cas où l'assureur a pris la décision de refuser ou de mettre fin à une demande de règlement ou d'assurance en vertu de la police collective, ce refus ou cette fin de demande de règlement ou d'assurance peut être appelé, en autant que ce droit d'appel est exercé dans les 60 Jours de la date de la lettre initiale de refus ou de fin de demande de règlement ou d'assurance.

L'appel doit être fait par écrit et doit mentionner les fondements de l'appel, toute information nouvelle qui supporte l'appel et toute autre information qui pourrait être exigée par l'assureur.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

DÉPENSES

Sauf si expressément prévu autrement dans la police collective, le Participant est le seul responsable des dépenses et coûts liés directement ou indirectement à la soumission d'une demande de règlement, d'une preuve d'une demande de règlement, de toute forme d'appel ou de toute autre obligation que le Participant a en vertu de la police collective, y compris mais sans se limiter à la soumission de toute demande de règlement ou appel, ou à la réquisition de tout rapport médical, dossier clinique, résultat de test ou de tout autre information.

BÉNÉFICIAIRE

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

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

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

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

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

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

DROIT D'EXAMEN DE DOSSIER ET D'ENQUÊTE DE L'ASSUREUR

L'assureur, à ses propres frais et sa seule discrétion, aura droit, au moment et le nombre de fois qu'il le juge nécessaire, de :

- a) Exiger tout examen médical, psychiatrique, physiologique, fonctionnel, professionnel ou tout autre examen d'un Participant ou de toute Personne assurée pour qui une demande de règlement a été soumise. L'assureur peut désigner, à sa seule discrétion, un Médecin, un Spécialiste, un fournisseur de soins de santé ou tout autre examinateur pour cet examen. Le Participant ou la Personne à charge interrogé doivent se conformer aux modalités et conditions d'un examen qui sont requis par un tel examinateur; et
- b) Exiger une autopsie, lorsque ce n'est pas interdit par la loi.

L'assureur se réserve le droit d'obtenir les notes et dossiers cliniques ou tout autre rapport de tout Médecin ou Spécialiste, y compris mais sans s'y limiter, d'un psychologue, d'un psychiatre, d'un fournisseur de soins de santé ou de tout autre examinateur qui a traité, examiné ou évalué un Participant qui a soumis une demande de règlement ou une Personne assurée pour qui une demande a été soumise. Le Participant ou la Personne assurée doivent coopérer pleinement avec l'assureur pour l'obtention de tout dossier ou rapport.

L'assureur, à ses frais et à sa seule discrétion, aura droit de procéder à toute enquête ou à tout interrogatoire sous serment d'un Participant ayant soumis une demande de règlement ou de toute personne pour laquelle une demande de règlement a été soumise, qu'une poursuite ait été intentée par cette personne ou par le Participant, ou non.

SUBROGATION

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

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Sans limiter la généralité de cette disposition, le terme «dommages-intérêts» comprend toute somme forfaitaire ou tout paiement périodique reçu en contrepartie de :

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

Le Participant ou la Personne à charge devra rembourser à l'assureur toute somme jusqu'à concurrence des prestations payées ou payables dans le futur en vertu de la police collective à même les dommages-intérêts obtenus en première instance ou avant le procès par quelque forme de règlement que ce soit, que le Participant ou la Personne à charge ait été pleinement indemnisé ou non, pour sa perte.

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

Si le Participant ou la Personne à charge omet de rembourser l'assureur conformément à la police collective, l'assureur cessera de verser des prestations jusqu'à ce qu'il ait récupéré :

- a) Le montant total des prestations payées au Participant ou à la Personne à charge; et
- b) Un montant qui reflète raisonnablement, tel que déterminé par l'assureur, le montant total ou la valeur des prestations futures qui seraient payables au Participant ou à la Personne à charge.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Le montant récupéré par l'assureur à cet égard ne doit pas dépasser le montant des dommages-intérêts ou du règlement brut obtenu par le Participant ou la Personne à charge.

L'assureur aura également le droit de réclamer directement du Participant ou de la Personne à charge toute somme payée en trop, faute de remboursement, ou d'exercer tout autre droit ou recours qu'il pourrait avoir en vertu de la police collective ou en vertu de la loi.

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

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

SOMMES PAYÉES EN TROP

Si l'assureur détermine que des prestations ont été payées en trop, le Participant ou toute autre personne à qui ces prestations ont été payées en trop, est tenu de rembourser l'assureur immédiatement et en totalité, dès que l'assureur requiert un tel remboursement.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Dans le cas où les sommes payées en trop ne sont pas remboursées, l'assureur aura droit, à sa seule discrétion et en plus de tout autre recours légal à sa disposition, de recouvrer ces sommes payées en trop en exerçant l'un des droits suivants :

- a) Réduire à zéro toute prestation d'assurance invalidité payable au Participant en vertu de la police collective jusqu'à ce que les sommes payées en trop soient entièrement recouvrées; et
- b) Réduire toute prestation d'assurance vie ou toute autre prestation payable en vertu de la police collective, qu'elle soit payable au Participant, sa succession, ses Personnes à charge, ses survivants admissibles ou ses bénéficiaires, jusqu'à 100 % du montant dû des sommes payées en trop.

RESTRICTIONS RELATIVES AUX ACTIONS EN JUSTICE

Aucune action ni procédure judiciaire visant l'assureur ne peut être déposée dans les 60 Jours qui suivent immédiatement la date à laquelle une preuve écrite de demande de règlement est transmise à l'assureur conformément aux modalités et conditions de la police collective.

Toute action ou procédure contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables en vertu de la police collective est absolument interdite, sauf si elle est intentée dans le délai prévu par la loi intitulée *Loi sur les assurances* ou par toute législation similaire applicable (p. ex. : *Loi de 2002 sur la prescription des actions*, [Ontario]; Code civil du Québec [Québec]) dans la province du Participant.

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

Si le Participant décède alors qu'il est assuré par la présente garantie, l'assureur s'engage à verser au bénéficiaire le capital assuré indiqué au Tableau sommaire, sous réserve de toutes les modalités et conditions de cette garantie et de la police collective.

DROIT DE TRANSFORMATION

Le Participant dont l'assurance vie est réduite ou résiliée au moment de son 65e anniversaire de naissance ou avant en raison de la fin de :

- a) Son emploi; ou
- b) Son appartenance au groupe; ou
- c) Sa police collective et qui n'a cessé d'être assuré par une garantie d'assurance vie offerte par le Titulaire de la police depuis au moins 5 ans,

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

Le Participant peut choisir de transformer son assurance vie en un des types d'assurance suivants :

- a) Permanente; ou
- b) Temporaire à 65 ans; ou
- c) Temporaire un an et transformable en assurance permanente ou temporaire à 65 ans à la fin de la période de un an.

Le montant pouvant être transformé en une police d'assurance vie individuelle comprendra tous les montants d'assurance vie pour lesquels le Participant était assuré en vertu de la présente garantie, d'une garantie d'assurance vie facultative et de toute autre police d'assurance collective établie par l'assureur et n'excédera pas le moindre :

- a) Du montant choisi par le Participant; ou
- b) Du montant pour lequel le Participant était assuré immédiatement avant la fin de son assurance; ou

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT (suite)

- c) De la différence entre le montant pour lequel le Participant était assuré immédiatement avant la fin de son assurance et le montant auquel il est admissible en vertu d'une nouvelle police d'assurance vie collective; ou
- d) 400 000 \$.

La police d'assurance vie individuelle ne contient aucune garantie d'invalidité ni de prestation de décès ou mutilation accidentels, et la prime est basée sur les taux de l'assureur alors en usage et qui sont applicables, selon le type et le montant de telle police et selon le sexe et l'âge atteint par le Participant.

La police individuelle n'est établie que si une demande écrite à cet effet et si un dépôt couvrant la prime mensuelle d'une police temporaire un an sont reçus par l'assureur dans les 31 Jours suivant la date de la fin de l'assurance vie du Participant et ne prend effet qu'à l'expiration de cette période.

Advenant le décès d'un Participant pendant la période de 31 Jours suivant la date de la fin de son assurance vie, l'assureur paie un montant égal au montant d'assurance vie qui aurait pu être transformé, peu importe que le Participant ait ou non demandé de transformer son assurance vie en une police individuelle.

EXONÉRATION DES PRIMES

Catégorie(s) : HD

- a) Un Participant qui devient Totalement invalide est admissible à l'exonération du paiement des primes en vertu de la présente garantie, s'il est âgé de moins de 65 ans et à condition qu'il soit admissible aux prestations en vertu de la garantie d'Assurance invalidité de longue durée de la police collective, si celle-ci y est incluse.

Si le Participant n'est pas admissible à recevoir des prestations en vertu de la garantie d'Assurance invalidité de longue durée ou si aucune garantie d'Assurance invalidité de longue durée n'est incluse dans la police collective, il sera admissible à l'exonération du paiement des primes en vertu de la présente garantie s'il répond à chacune des conditions suivantes :

- i) Le Participant est âgé de moins de 65 ans à la date du début de son Invalidité totale; et

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT (suite)

- ii) Le Participant est devenu Totalemment invalide selon la définition de la présente garantie, avant toute cessation de son emploi et alors qu'il était assuré en vertu de la présente garantie; et
 - iii) Le Participant est Totalemment invalide de façon continue depuis au moins 6 mois; et
 - iv) La preuve de son Invalidité totale, jugée satisfaisante par l'assureur, a été soumise à l'assureur dans les 12 mois du début de l'Invalidité totale.
- b) Le montant d'assurance auquel l'exonération du paiement de la prime s'applique sera celui qui était en vigueur sur la vie du Participant à la date du début de l'Invalidité totale; ce montant sera assujéti à toutes réductions et cessation indiquées au Tableau sommaire, en vertu de la présente garantie ou aux Conditions générales de la police collective, et qui auraient été applicables au Participant s'il avait été Effectivement au travail.
- c) L'exonération des primes du Participant débute à la première des dates suivantes :
- i) Le premier Jour de la période de primes suivant la fin du Délai de carence de la garantie d'Assurance invalidité de longue durée, le cas échéant; ou
 - ii) Le Jour suivant une période d'Invalidité totale continue de 6 mois.
- d) Le Participant dont les primes sont exonérées en vertu de cette disposition doit soumettre à l'assureur des preuves de son Invalidité totale aussi souvent que l'assureur peut raisonnablement l'exiger.
- e) L'exonération des primes d'un Participant cessera à la première des dates suivantes :
- i) La date à laquelle le Participant cesse d'être Totalemment invalide; ou
 - ii) La date à laquelle le Participant omet de se soumettre à un examen conformément aux termes et conditions de la police collective, lorsqu'exigé par l'assureur; ou

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT (suite)

- iii) La date à laquelle le Participant prend sa retraite ou atteint l'âge normal de la retraite aux termes du régime de retraite de l'Employeur, mais sans jamais dépasser l'âge de 65 ans; ou
 - iv) La date à laquelle le Participant atteint l'âge de cessation indiqué au Tableau sommaire relativement à la garantie d'assurance vie, le cas échéant; ou
 - v) La date à laquelle le Participant omet de soumettre une preuve d'Invalidité totale demandée par l'assureur; ou
 - vi) La date à laquelle le Participant plaide coupable ou est reconnu coupable d'une infraction pour laquelle il est détenu dans un pénitencier, une prison, un établissement correctionnel, un établissement de psychiatrie criminelle ou toute autre institution similaire; ou
 - vii) La date à laquelle le Participant refuse de participer ou de coopérer de façon active ou continue à un Programme de réadaptation, lorsqu'exigé par l'assureur.
- f) Si, à la date à laquelle l'exonération des primes prend fin pour le Participant, ce dernier n'est pas admissible à être assuré en vertu de la garantie d'Assurance vie du Participant, il pourra exercer son Droit de transformation conformément à la présente garantie.

Catégorie(s) : ID3, PD

L'exonération des primes ne s'applique pas.

RÉDUCTIONS

Le capital assuré est réduit tel que spécifié au Tableau sommaire. Le capital assuré est également assujéti à toutes réductions applicables indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Si un Participant devient Totalelement invalide alors qu'il est assuré par la présente garantie et qu'il est Effectivement au travail, l'assureur s'engage à verser le montant de la prestation d'invalidité de longue durée prévue au Tableau sommaire, pour chaque mois ou partie de mois durant lequel persiste ladite Invalidité totale, sous réserve de toutes les modalités et conditions de cette garantie et de la police collective.

MODALITÉS DE LA PRESTATION

Début des prestations

Le paiement de la prestation d'invalidité de longue durée commence après l'expiration du Délai de carence indiqué au Tableau sommaire.

Montant des prestations

Le montant de la prestation d'invalidité de longue durée payable est déterminé selon la formule établie au Tableau sommaire et n'excèdera pas le montant maximum mensuel indiqué à ce même tableau.

Données servant à calculer les prestations

Le montant de la prestation d'invalidité de longue durée est calculé selon le Revenu brut régulier que le Participant touchait au début de la période d'Invalidité totale de même qu'en fonction des dispositions contractuelles alors en vigueur et de la catégorie d'Employés admissibles à laquelle il appartient. À cet égard, tout calcul de Revenu net se fait selon le statut fiscal du début de l'Invalidité totale et à l'aide de tables normalisées utilisées par l'assureur. Lorsque le calcul de la prestation doit tenir compte d'autres sources de revenu, il s'effectue dans tous les cas à l'aide des revenus avant impôt.

Les paiements à l'égard d'une période de moins d'une semaine sont calculés au taux quotidien de 1/5 de la prestation.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

RÉDUCTIONS DES PAIEMENTS DE LA PRESTATION

Demande satisfaisante

Le Participant est tenu de faire une Demande satisfaisante pour toutes les Réductions directes et toutes les Réductions indirectes auxquelles il a ou pourrait avoir droit selon l'assureur.

Réductions directes

La prestation d'invalidité de longue durée sera réduite des montants suivants payables ou qui seraient payables si une Demande satisfaisante avait été faite pour des :

- a) Prestations d'invalidité payables en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada; et
- b) Prestations d'accident du travail payables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou d'une loi similaire; et
- c) Prestations de remplacement de revenu payables en vertu d'une loi provinciale sur l'assurance automobile; et
- d) Prestations parentales payables en vertu d'une loi; et
- e) Prestations payables en vertu d'une loi provinciale d'indemnisation des victimes d'actes criminels.

Lorsque ces Revenus ou prestations sont versés au Participant sous forme de paiement forfaitaire, un équivalent hebdomadaire de ce montant forfaitaire entre dans le calcul de chaque prestation.

Un Participant qui ne reçoit pas les revenus des sources mentionnées précédemment doit prouver qu'il n'y a pas droit. Sinon, l'assureur prend en considération ceux auxquels le Participant aurait droit selon son estimation. Cette disposition ne s'applique pas aux revenus de retraite du Régime de rentes du Québec et du Régime de pensions du Canada.

Aux fins du calcul des prestations, il n'est pas tenu compte des indemnités pour Personnes à charge ni de l'indexation des sources de Revenu.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

Les montants payables ou qui seraient payables au Participant si une Demande satisfaisante avait été faite seront estimés conformément à la disposition Réductions provisoires de la présente garantie.

Réductions indirectes

La prestation d'invalidité de longue durée payable par l'assureur sera de nouveau réduite afin que le montant total de tous les revenus, compensations, indemnités et prestations provenant de Toutes sources qui sont payables ou seraient payables au Participant si une Demande satisfaisante avait été faite n'excède pas 85 % du Revenu brut mensuel avant l'Invalidité totale du Participant.

Les montants qui seraient payables au Participant si une Demande satisfaisante avait été faite seront estimés conformément à la disposition Réductions provisoires de la présente garantie.

Toutes sources signifie :

- a) L'Employeur; et
- b) Une rente d'invalidité du régime de retraite de l'Employeur; et
- c) Toutes Réductions directes énumérées précédemment; et
- d) Tout autre régime collectif, d'association ou de franchise pour la même Invalidité totale ou en lien avec la même Invalidité totale.

Lorsque ces Revenus ou prestations sont versés au Participant sous forme de paiement forfaitaire, un équivalent de ce montant forfaitaire entre dans le calcul de chaque prestation. Aux fins du calcul, ce montant est ramené sur une base hebdomadaire 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.

Si un Participant ne reçoit pas les revenus des sources mentionnées précédemment, il doit prouver qu'il n'y a pas droit. Sinon, l'assureur prend en considération ceux auxquels il aurait droit selon son estimation. Cette disposition ne s'applique pas aux revenus de retraite du Régime de rentes du Québec, du Régime de pensions du Canada et du régime de retraite de l'Employeur.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

Aux fins du calcul des prestations, il n'est pas tenu compte des indemnités pour Personnes à charge ni de l'indexation des sources de revenu.

Réductions liées au Programme de réadaptation

Si le Participant participe à un Programme de réadaptation approuvé par l'assureur, le montant des prestations d'invalidité de longue durée payable par l'assureur sera réduit afin que le montant total de tous les revenus, compensations, profits, indemnités et prestations qui sont payables au Participant en vertu de toutes Réductions directes énumérées précédemment corresponde au montant de la prestation mensuelle qui lui sera versé en vertu des dispositions de la présente garantie calculé au prorata du nombre de Jours non travaillés, sans excéder 100 % du Revenu brut mensuel avant l'Invalidité totale du Participant.

Réductions provisoires

L'assureur se réserve le droit de réduire provisoirement du montant des prestations d'invalidité de longue durée du Participant les montants estimés par l'assureur qui sont payables, ou qui auraient été payables, si une Demande satisfaisante avait été faite par le Participant pour l'un des montants énumérés aux Réductions directes et Réductions indirectes si :

- a) Selon l'assureur, une Demande satisfaisante pour ces montants n'a pas été faite; ou
- b) Une Demande satisfaisante pour ces montants a été faite mais n'a pas encore été approuvée ou refusée; ou
- c) Une Demande satisfaisante a été faite et a été refusée et ce refus fait l'objet d'un appel par le Participant.

Cependant, l'assureur ne procédera pas à la réduction provisoire du montant estimé, si le Participant :

- a) En ce qui concerne le Régime de pensions du Canada :
 - i) Demande des prestations d'invalidité en vertu du Régime de pensions du Canada, tel que requis par l'assureur ou, s'il y a lieu, fait appel du refus de telles prestations d'invalidité, tel que requis par l'assureur et fournit la preuve, selon la forme requise par

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

l'assureur, que telle demande ou tel appel a effectivement été fait; et

- ii) Signe le formulaire de « Consentement irrévocable de faire une retenue et de payer l'assureur », un formulaire de « Consentement pour permettre à Service Canada et à l'assureur d'échanger des renseignements sur les prestations d'invalidité » et tout autre formulaire connexe, tel que peut le requérir l'assureur.
- b) En ce qui concerne le Régime de rentes du Québec :
- i) Demande des prestations d'invalidité en vertu du Régime de rentes du Québec, tel que requis par l'assureur ou, s'il y a lieu, fait appel du refus de telles prestations tel que requis par l'assureur et fournit la preuve, selon la forme requise par l'assureur, que cette demande ou cet appel a effectivement été fait; et
 - ii) Signe le formulaire de « Consentement et demande de remise de prestations d'invalidité à un assureur » et toute autre formulaire connexe, tel que peut le requérir l'assureur.
- c) En ce qui concerne les indemnités d'accident du travail :
- i) Demande des prestations d'indemnité d'accident du travail; et
 - ii) Signe une entente d'engagement et de remboursement selon le formulaire fourni par l'assureur et tout autre formulaire connexe, tel que peut le requérir l'assureur.

Si le montant estimé par l'assureur est différent du montant exact payable au Participant, l'assureur ajustera la prestation d'invalidité de longue durée du Participant conformément à cette garantie lorsque le montant exact lui sera fourni.

CESSATION DES PRESTATIONS

La prestation d'invalidité de longue durée cesse à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle la période maximale de paiement des prestations spécifiée au Tableau sommaire est atteinte; ou
- b) La date à laquelle le Participant cesse d'être Totalelement invalide; ou

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

- c) La date à laquelle le Participant atteint l'âge limite indiqué au Tableau sommaire pour la garantie d'Assurance invalidité de longue durée; ou
- d) La date à laquelle le Participant prend sa retraite ou atteint l'âge normal de la retraite aux termes du régime de retraite de l'Employeur; ou
- e) La date du décès du Participant; ou
- f) La date à laquelle le Participant omet de se soumettre à un examen conformément à la police collective, tel qu'exigé par l'assureur; ou
- g) La date à laquelle le Participant omet de fournir toutes les preuves d'Invalidité totale requises par l'assureur; ou
- h) La date à laquelle le Participant refuse de participer et de coopérer de façon active et continue à un Programme de réadaptation exigé par l'assureur; ou
- i) La date à laquelle le Participant plaide coupable ou est reconnu coupable d'une infraction pour laquelle il est détenu dans un pénitencier, une prison, un établissement correctionnel, un établissement de psychiatrie criminelle ou toute autre institution similaire; ou
- j) La date à laquelle le Participant entreprend toute occupation, tout emploi ou toute autre activité générant une compensation ou un profit, sauf tel qu'expressément permis par la disposition de Programme de réadaptation de la police collective et approuvé expressément par l'assureur.

PÉRIODES SUCCESSIVES D'INVALIDITÉ TOTALE

Si un Participant qui était Totalement invalide retourne Effectivement au travail et redevient Totalement invalide alors que son assurance en vertu de la présente garantie est en vigueur, cette période successive d'Invalidité totale sera considérée comme étant une rechute de l'Invalidité totale précédente, seulement si :

- a) Elle est attribuable à la même cause que l'Invalidité totale précédente, et le Participant a été Effectivement au travail pendant 12 mois ou moins suite à la fin de l'Invalidité totale précédente; ou

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

- b) Elle est attribuable à la même cause que l'Invalidité totale précédente, et le Participant a été Effectivement au travail à titre d'essai ou avec des restrictions physiques et médicales pendant 12 mois ou moins suite à la fin de l'Invalidité totale précédente; ou
- c) Elle est attribuable à la même cause que l'Invalidité totale précédente, et le Participant retourne Effectivement au travail à titre d'essai et doit être affecté temporairement à un autre poste de travail pour des raisons d'ordre physique ou médical, ou est à nouveau assigné à un travail allégé au cours des 12 mois suivant la réintégration à son poste de travail; ou
- d) Elle est attribuable à une cause non liée à la cause de l'Invalidité totale précédente, et le Participant retourne Effectivement au travail pour une période de moins d'un Jour complet.

Après la fin de la police collective, les durées servant à déterminer la fin des périodes d'Invalidité totale sont celles qui sont prévues par la loi.

Rechute de l'Invalidité totale

Lorsqu'une période successive d'Invalidité totale est considérée par l'assureur comme étant une rechute de l'Invalidité totale précédente conformément à la présente disposition, le Délai de carence n'est pas appliqué une seconde fois. Cependant, si le Délai de carence n'était pas entièrement écoulé lors de l'Invalidité totale précédente, seulement la portion non écoulée du Délai de carence sera appliquée.

La prestation d'invalidité de longue durée payable pour une rechute de l'Invalidité totale précédente sera déterminée conformément aux termes et modalités de la police collective, basée sur le Revenu du Participant à la date de l'Invalidité totale précédente. Pour les rechutes d'Invalidité totale précédente, la prestation ne sera pas versée au-delà de la période maximale des prestations indiquée au Tableau sommaire.

Nouvelle Invalidité totale

Si l'assureur détermine qu'une période successive d'Invalidité totale n'est pas une rechute de l'Invalidité totale précédente conformément à la présente disposition, cette période successive d'Invalidité totale sera considérée comme une nouvelle Invalidité totale et un nouveau Délai de carence sera appliqué.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

EXCLUSIONS

Aucune prestation d'invalidité de longue durée ne sera payable pour une Invalidité totale causée directement ou indirectement, ou qui est d'une quelconque façon ou degré, associée à ou occasionnée par l'une des causes suivantes :

- a) La participation à une agitation civile, à une insurrection ou à une émeute.
- b) Une guerre, que cette guerre soit déclarée ou non.
- c) Une blessure que le Participant s'inflige, sauf si les preuves médicales démontrent que la blessure est directement liée à un problème de santé mentale.
- d) Un soin, une chirurgie ou un traitement qui n'est pas Médicalement requis.
- e) Un soin, une chirurgie ou un traitement de l'infertilité.
- f) Un soin, une chirurgie ou un traitement dans un but esthétique, sauf lorsque le soin, la chirurgie ou le traitement est Médicalement requis et résulte directement d'une Maladie ou d'un Accident.
- g) La perpétration ou la tentative de perpétration de toute infraction en vertu de tout code criminel ou législation similaire dans toute juridiction, si le Participant a été inculpé ou déclaré coupable.
- h) Toute dépendance, y compris celles aux drogues, à l'alcool et au jeu, sans toutefois s'y limiter, et sauf si le Participant participe et coopère activement, pour cette dépendance, à un programme de traitement médical dans un milieu hospitalier.

La prestation d'invalidité de longue durée payable au Participant sera établie conformément à la présente garantie, mais en aucun cas elle n'excédera le montant et la durée des prestations d'invalidité de longue durée maximale de la police de l'assureur précédent.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

RESTRICTIONS

La prestation d'invalidité de longue durée ne sera pas payable durant toute période au cours de laquelle :

- a) Le Participant reçoit une rente de retraite de son Employeur.
- b) Le Participant n'est pas sous les soins curatifs et continus prodigués activement par un Médecin, qui est un Spécialiste dans la discipline médicale applicable à son Invalidité totale.
- c) Le Participant ne suit pas le traitement médical, qui selon l'assureur est requis.
- d) Le Participant est hors du Canada, sauf s'il est en mesure de poursuivre le traitement médical avec son médecin traitant, demeure disponible auprès de l'assureur afin que ce dernier puisse gérer activement son Invalidité totale et est en mesure de participer et de coopérer de façon active et continue à un Programme de réadaptation exigé par l'assureur.
- e) Le Participant est détenu dans un pénitencier, une prison, un établissement correctionnel, un établissement de psychiatrie criminelle ou tout autre établissement similaire, par ordre de la cour ou d'une commission d'examen.
- f) Le Participant est en congé pris conformément à toute loi provinciale ou fédérale, y compris, sans toutefois s'y limiter, un congé de maternité, parental ou familial.
- g) Le Participant est en congé de toute autre nature que ceux mentionnés dans cette disposition.

Aucune prestation d'invalidité de longue durée ne sera versée tant que le Participant reçoit des prestations d'invalidité de courte durée.

INVALIDITÉ TOTALE DÉBUTANT ALORS QUE LE PARTICIPANT N'EST PAS EFFECTIVEMENT AU TRAVAIL

Aucune prestation ne sera payable pour une Invalidité totale qui commence alors que le Participant n'est pas Effectivement au travail, sauf tel qu'expressément prévu dans cette disposition.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

Si un Participant n'est pas Effectivement au travail en raison d'une des Absences prévues dans la présente disposition, la prestation d'invalidité de longue durée pour une Invalidité totale qui commence durant une telle Absence ne sera payable que si toutes les Conditions énoncées dans cette disposition sont rencontrées :

Comme il est stipulé dans cette disposition, Absence signifie :

- Un congé pris conformément à toute loi provinciale ou fédérale, y compris, sans toutefois s'y limiter, un congé de maternité, parental ou familial.
- Une mise à pied temporaire, si applicable.
- Un congé qui a été approuvé par l'Employeur, si applicable.

Comme il est stipulé dans cette disposition, Conditions signifie que :

- a) L'assurance du Participant pour cette garantie était
 - i) En vigueur à la date de l'Invalidité totale; et
 - ii) Maintenu en vigueur durant la totalité de l'Absence conformément aux modalités et conditions énoncées dans cette garantie et dans la police collective pour le maintien en vigueur de l'assurance, y compris, sans toutefois s'y limiter, la disposition Fin de l'assurance de la police collective; et
- b) Toutes les primes dues pour le Participant durant l'Absence ont été payées à l'assureur; et
- c) Si le Participant n'avait pas été en Absence, il aurait autrement été capable de satisfaire la définition d'Effectivement au travail; et
- d) Le Participant satisfait toutes les modalités et conditions énoncées dans cette garantie et dans la police collective à la date de l'Invalidité totale et pendant l'Absence.

Si les Conditions susmentionnées sont satisfaites, toute prestation d'invalidité de longue durée payable à un Participant commencera seulement à la plus tardive des dates suivantes :

- a) La date à laquelle le Délai de carence est satisfait; ou

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

- b) La date à laquelle il était prévu que le Participant retourne Effectivement au travail suite à la date prévue de la fin de son Absence.

PROGRAMME DE RÉADAPTATION

L'assureur peut, à sa seule discrétion, exiger d'un Participant Totalement invalide qu'il participe à un Programme de réadaptation, après l'expiration de son Délai de carence.

Programme de réadaptation signifie tout programme ou activité qui, selon l'assureur, pourrait aider un Participant Totalement invalide à reprendre son Occupation régulière ou tout Emploi rémunérateur. Un tel Programme de réadaptation doit être approuvé par l'assureur.

Un Programme de réadaptation peut inclure toute forme d'activités ou de programmes suivants :

- a) Les programmes de réentraînement au travail ou de retour au travail progressif, adapté, à l'essai ou à temps partiel.
- b) Les évaluations fonctionnelles ou occupationnelles, les services de placement ou de recherche d'emploi.
- c) Les traitements ou l'accès à des services de soins de santé ou des appareils d'assistance ou tout autre équipement.
- d) Le développement ou le perfectionnement des compétences ou des connaissances, de la formation, de la réorientation ou des cours pédagogiques.
- e) Tout autre programme ou activité que l'assureur, à sa seule discrétion, détermine comme étant un Programme de réadaptation approprié et raisonnable, en tenant compte de facteurs tels que la nature et la durée prévue de l'Invalidité totale du Participant, sa formation, son éducation ou son expérience, ainsi que la nature, la portée et le coût du programme ou de l'activité.

L'approbation d'un Programme de réadaptation par l'assureur ne constitue pas une approbation continue de tel programme dans le futur. L'assureur peut, conséquemment et à sa seule discrétion, mettre fin à un Programme de réadaptation en tout temps et pour toute raison.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

Dépenses de réadaptation

Toutes les dépenses d'un Programme de réadaptation doivent être approuvées à l'avance et par écrit par l'assureur. Si l'assureur approuve de telles dépenses, l'assureur pourra les limiter à un total cumulatif de 3 fois la prestation d'invalidité de longue durée.

Participation active et continue exigée

Le Participant doit participer et coopérer de façon active et continue au Programme de réadaptation. La prestation d'invalidité de longue durée cessera si, selon l'assureur, le Participant ne participe pas ou ne coopère pas de façon active ou continue à un tel Programme de réadaptation.

EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsqu'un Participant est exonéré du paiement de ses primes en vertu de la disposition Exonération des primes de la garantie d'Assurance vie du Participant, il est aussi admissible à l'exonération du paiement des primes de la présente garantie sous réserve des mêmes conditions.

AJUSTEMENT AU COÛT DE LA VIE

Le montant de prestation d'invalidité de longue durée sera ajusté le 1er janvier suivant une période continue de paiement des prestations de 36 mois, et à chaque année par la suite. Cependant, le premier de ces ajustements sera proportionnel au nombre de mois excédant la période de 36 mois décrite ci-dessus. Tous les ajustements seront calculés selon l'indice des prix à la consommation pour le Canada, jusqu'à concurrence du taux maximum d'ajustement au coût de la vie indiqué au Tableau sommaire.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

L'assureur s'engage à rembourser les frais médicaux définis aux présentes découlant d'une blessure, d'une Maladie ou d'une grossesse et ayant été engagés alors que la Personne assurée était couverte par la présente garantie, sous réserve de toutes les modalités et conditions de cette garantie et de la police collective.

HOSPITALISATION DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Les frais de chambre et pension exigés par un Hôpital dans la province de résidence de la Personne assurée qui sont en excédent du montant remboursé par le régime de soins de santé gouvernemental, jusqu'à concurrence du maximum quotidien indiqué au Tableau sommaire, à condition que :

- a) La Personne assurée occupe une chambre d'Hôpital à titre de patient alité admis; et
- b) Le type d'hébergement ait été demandé de manière spécifique par la Personne assurée; et
- c) La Personne assurée ait été Hospitalisée pour des soins ponctuels et non pour des soins chroniques ou pour des soins liés à une convalescence.

FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE ENGAGÉS HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Les frais pour les services et l'équipement énumérés dans la présente garantie seront couverts, jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au Tableau sommaire, lorsque ces derniers sont engagés à la suite d'une Urgence médicale qui survient alors que la Personne assurée était hors de sa province de résidence, à condition que :

- a) La Personne assurée soit assurée en vertu de l'Assurance maladie complémentaire au moment où l'Urgence médicale survient; et
- b) L'Urgence médicale survienne durant une absence de la Personne assurée de sa province de résidence, lorsque la durée prévue de cette absence était de 182 Jours ou moins.

Par contre, si l'absence est due au fait que la Personne assurée fréquente à temps plein une institution d'enseignement agréée,

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

l'Urgence médicale survienne durant l'année scolaire au cours de laquelle la Personne assurée était inscrite à une institution d'enseignement.

Toutefois, s'il était prévu que l'absence dure 182 Jours ou moins mais qu'en raison de circonstances hors de tout contrôle la durée de l'absence a dû être prolongée, une protection est prévue seulement en cas d'Urgence médicale survenue au cours des premiers 182 Jours de l'absence.

Si la durée prévue de l'absence excède 182 Jours, aucune protection n'est prévue en vertu de la présente garantie pour toute la durée de l'absence; et

- c) La Personne assurée se soit absentée pour des raisons professionnelles, pour des vacances ou pour fréquenter à temps plein une institution d'enseignement agréée; et
- d) Les services et l'équipement aient dû être fournis avant le retour de la Personne assurée dans sa province de résidence afin de ne pas nuire à sa santé.

Les services et les équipements suivants reçus en raison d'une Urgence médicale seront couverts :

- a) Les soins reçus d'un Médecin;
- b) L'hébergement dans un Hôpital tel que prévu à la disposition Hospitalisation dans la province de résidence;
- c) Les services de nature médicale, les équipements et les appareils fournis lors d'une Hospitalisation. Toutefois, les frais pour honoraires d'infirmier licencié pour soins privés donnés exclusivement à l'Hôpital sont remboursés jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par Personne assurée, par séjour, et doivent être recommandés par le Médecin traitant;
- d) Le diagnostic, les services d'imagerie médicale et de laboratoire;
- e) Les services paramédicaux donnés par un chiropraticien, un podiatre ou un physiothérapeute;
- f) Les fournitures et les services fournis en clinique externe;
- g) Les médicaments;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- h) Les fournitures et les appareils médicaux fournis hors de l'Hôpital;
- i) Le transport professionnel en ambulance de la Personne assurée vers l'Hôpital le plus proche qui possède l'équipement nécessaire afin de fournir le traitement médical requis;
- j) Les soins dentaires donnés par un Dentiste généraliste et rendus nécessaires par suite d'un Accident aux dents naturelles, saines et entières, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par Personne assurée pour toute la durée du séjour, à condition que :
 - i) L'Accident soit survenu alors que la Personne assurée était couverte par la présente garantie;
 - ii) Les soins soient les moins dispendieux qui puissent être fournis pour un traitement professionnel adéquat;
 - iii) Les frais ne dépassent pas le montant indiqué pour le traitement dans le barème d'honoraires provincial en vigueur pour les Dentistes généralistes dans la province de résidence du Participant; et
 - iv) Les soins soient reçus au cours du séjour.

Tous les frais dentaires qui ne sont pas directement liés à l'Accident ne seront pas couverts.

Pour les médicaments et les appareils médicaux, seuls ceux qui auraient été couverts dans la province de résidence de la Personne assurée le seront s'ils ont été fournis à l'extérieur de la province de résidence en raison d'une Urgence médicale.

Restrictions quant aux frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence

Si la Personne assurée doit être Hospitalisée hors de sa province de résidence en raison d'une Urgence médicale, la Personne assurée est tenue de communiquer avec le service d'assistance médicale désigné par l'assureur aussitôt que la Personne assurée est raisonnablement en mesure de le faire après le début de son Hospitalisation. Le manquement à remplir cette condition peut mener au refus de l'assureur de prendre en charge la demande de

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

règlement de la Personne assurée ou à la restriction de la demande de règlement résultant, directement ou indirectement, de l'Urgence médicale.

De plus, si, lors d'une Urgence médicale, l'assureur est d'avis que la Personne assurée peut être rapatriée dans sa province de résidence sans nuire à sa santé et que la Personne assurée refuse d'être rapatriée, l'assureur ne rembourse par la suite aucuns frais engagés par la Personne assurée en raison de l'Urgence médicale.

Aucune protection ne sera fournie en vertu de cette garantie pour les frais engagés à la suite d'une Urgence médicale si :

- a) L'état de santé de la Personne assurée n'était pas stable avant que l'absence de sa province de résidence débute; et
- b) L'Urgence médicale résulte directement ou indirectement de cet état de santé.

L'assureur détermine, à sa seule discrétion, ce que stable signifie. Dans cette évaluation, l'assureur peut prendre en considération, y compris, mais sans s'y limiter, les facteurs médicaux suivants :

- a) L'état de santé;
- b) Un traitement médical, un examen, une consultation ou une Hospitalisation;
- c) L'augmentation ou la détérioration de tout symptôme ou de tout problème de santé;
- d) Un changement de médication ou de traitement médical;
- e) Un traitement médical ou un examen médical prévu, ou pour lequel des résultats sont en attente, pour tout symptôme ou tout problème de santé;

dans une période de 90 Jours précédant cette absence.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA, AUTRES QUE CEUX ENGAGÉS EN RAISON D'UNE URGENCE MÉDICALE À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Les frais médicaux couverts sont les suivants, jusqu'à concurrence des maximums prévus au Tableau sommaire :

- a) Les médicaments (y compris les injections sclérosantes, les produits anesthésiants, les timbres contraceptifs et les produits anti-tabagiques) qui sont délivrés par un pharmacien et qui ne peuvent être obtenus que sur l'ordonnance d'un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire des médicaments, à l'exception des produits exclus à la disposition Exclusions et réductions de la présente garantie.

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

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

Pour les résidents du Québec, l'assurance offerte en vertu de la présente garantie est également conforme aux dispositions pertinentes de la *Loi sur l'assurance médicaments*.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Dispositions particulières pour les Personnes assurées de 65 ans et plus qui résident au Québec

	Participant de 65 ans à 69 ans	Conjoint de 65 ans et plus d'un Participant de moins de 65 ans	Participant de 70 ans et plus
Non inscrit RAMQ	Garantie complète sans surprime		
Inscrit RAMQ	Garantie complète sans surprime		

Restrictions quant à l'exécution des ordonnances

La quantité de médicaments pouvant être distribuée pour toute ordonnance sera limitée à la quantité suffisante pour une période pouvant aller jusqu'à 100 Jours.

Certains médicaments devront être pré-autorisés par l'assureur avant leur utilisation. Pour ces médicaments, la Personne assurée devra demander à son Médecin traitant de fournir à l'assureur de l'information sur son état de santé, les traitements précédents et les raisons médicales qui justifient la prise du médicament.

L'assureur se réserve le droit d'exclure la couverture de n'importe quel médicament lorsqu'il détermine, à sa seule discrétion, que ce médicament cause ou pourrait causer un changement significatif dans le risque assuré en vertu de la police collective ou un changement significatif en général dans le risque pour l'assureur.

- b) Les services fournis au domicile de la Personne assurée par un infirmier autorisé ou par un infirmier auxiliaire, à condition que :
- i) Les services rendus soient prescrits par un Médecin et approuvés au préalable par l'assureur;
 - ii) Les services soient Médicalement requis;
 - iii) Les services soient de l'ordre de ceux fournis par un infirmier autorisé ou par un infirmier auxiliaire; et

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- iv) L'infirmier autorisé ou l'infirmier auxiliaire ne possède aucun lien de parenté avec la Personne assurée et ne demeure pas avec elle normalement.
- c) Le service ambulancier professionnel pour le transport en cas d'Urgence médicale jusqu'à l'Hôpital le plus proche équipé pour fournir les traitements nécessaires ou pour le transport depuis l'Hôpital, lorsque l'état de la Personne assurée empêche l'utilisation d'un autre moyen de transport.
- d) Frais de séjour dans un établissement de soins de santé autorisé à fournir des soins de réadaptation, pourvu que :
 - i) La Personne assurée soit sous la supervision régulière d'un Médecin ou d'un infirmier autorisé; et
 - ii) Le séjour ait été recommandé par un Médecin; et
 - iii) Le séjour commence dans un délai raisonnable suivant la fin d'une période d'Hospitalisation; et
 - iv) Le séjour ait pour but la réadaptation.

Toutefois, les frais de séjour pour des soins de réadaptation en raison d'abus de drogue ou d'alcool ou de dépendance à ces substances ne sont pas remboursés.

- e) Frais pour les examens de laboratoire (y compris les examens prénataux et les bilans de santé) à des fins de prévention et de diagnostic et les services d'imagerie médicale à des fins de diagnostic, autres que les frais de radiographies d'un praticien de soins paramédicaux, pourvu que :
 - i) La couverture de ces examens et services ne soit pas interdite par une législation provinciale;
 - ii) Les examens et les services soient effectués dans un établissement autorisé à effectuer de tels examens et services; et
 - iii) Les examens et les services aient été nécessaires au diagnostic (ou à la prévention, dans le cas des examens) d'une

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Maladie ou d'une blessure ou afin de déterminer l'efficacité du traitement prescrit ou reçu.

- f) Frais pour les traitements au radium.
- g) Frais pour la location ou, au choix de l'assureur, pour l'achat d'appareils d'assistance respiratoire, d'appareils thérapeutiques, d'appareils orthopédiques et d'autre matériel médical suivants, à condition qu'ils soient prescrits par un Médecin :
 - i) Tente à oxygène et fournitures pour l'administration d'oxygène
 - ii) Appareil d'aérosolthérapie, tente d'inhalation, nébuliseurs pour la fibrose kystique, l'emphysème aigu, une bronchite obstructive chronique ou l'asthme chronique
 - iii) Prothèses oculaires, y compris les polissages, les nouvelles confections, les réparations et les remplacements
 - iv) Prothèses artificielles, y compris les réparations et les remplacements
 - v) Fauteuils roulants manuels ou fauteuils roulants électriques, lorsque la Personne assurée n'est pas en mesure de conduire un fauteuil roulant manuel en raison d'un état médical
 - vi) Lits d'Hôpital à commande manuelle ou lits d'Hôpital à commande électrique, lorsque la Personne assurée n'est pas en mesure d'utiliser un lit d'Hôpital à commande manuelle en raison d'un état médical, y compris les côtés et les trapèzes pour lit
 - vii) Moniteurs d'apnée pour les dysrythmies respiratoires
 - viii) Appareils d'administration liés au diabète (pompes à insuline) et les accessoires, ainsi que les accessoires pour appareil de contrôle (dextromètres, glucomètres, réflectomètres), sauf l'équipement lié à l'injection d'insuline tels les aiguilles, les seringues, les lancettes et le matériel pour des tests de diagnostic
 - ix) Neurostimulateur percutané ou transcutané
 - x) Respirateur médical à pression positive intermittente

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- xi) Respirateur médical à pression positive continue
- xii) Piles de secours pour respirateur à pression positive
- xiii) Prothèses mammaires
- xiv) Bas élastiques médicaux de 20 mmHg ou plus prescrits pour le traitement des varices ou requis en raison de brûlures graves ou d'une intervention chirurgicale
- xv) Chaussures orthopédiques déterminées Médicalement requises par un professionnel de la santé qui exerce dans les limites définies par l'organisme de réglementation provincial approprié, qui ont été obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur de tous les permis d'usage et fabriquées sur mesure, personnalisées ou moulées sur commande pour la Personne assurée par un spécialiste diplômé dans le domaine de la fabrication de chaussures orthopédiques. Les chaussures orthopédiques vendues dans les commerces qui n'ont pas été personnalisées, modifiées ou moulées pour la Personne assurée ne sont pas couvertes
- xvi) Chaussures profondes préfabriquées et conçues de façon à recevoir le pied et une orthèse
- xvii) Orthèses du pied et orthèses plantaires (orthèses 2D et 3D) déterminées Médicalement requises par un professionnel de la santé qui exerce dans les limites définies par l'organisme de réglementation provincial approprié et qui ont été conçues et fabriquées spécifiquement pour la Personne assurée par un spécialiste diplômé dans le domaine de la fabrication d'orthèses du pied. Les orthèses du pied vendues dans les commerces qui n'ont pas été conçues et fabriquées pour la Personne assurée ne sont pas couvertes
- xviii) Ajustements, réparations et modifications d'orthèses du pied et d'orthèses plantaires
- xix) Stérilets
- xx) Stimulateurs de consolidation de fractures

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- xxi) Appareils orthopédiques avec soutien rigide; soutiens dorsaux; harnais d'épaule; licous et collets cervicaux
 - xxii) Attelles, autres que des attelles dentaires, et plâtres
 - xxiii) Cannes, béquilles et cadres de marche
 - xxiv) Bandes herniaires
 - xxv) Prothèses capillaires requises à la suite d'une chimiothérapie
 - xxvi) Appareil et matériel pour une colostomie ou une iléostomie
 - xxvii) Couches pour incontinence
 - xxviii) Cathéters
 - xxix) Vêtements compressifs pour grands brûlés
 - xxx) Pansements médicamenteux
 - xxxi) Fournitures médicales servant au gavage
 - xxxii) Fournitures médicales rendues nécessaires à la suite d'une trachéotomie
 - xxxiii) Fournitures pour le traitement et l'entretien des paraplégiques, tétraplégiques et quadriplégiques, à l'exception des couches pour incontinence
- h) Les soins dentaires donnés hors de l'Hôpital par un Dentiste généraliste et rendus nécessaires par suite d'un Accident aux dents naturelles, saines et entières, ou donnés par suite d'une fracture accidentelle de la mâchoire, à condition que :
- i) L'Accident ou la fracture accidentelle soit survenu alors que la Personne assurée était couverte par la présente garantie;
 - ii) Les soins soient les moins dispendieux qui puissent être fournis pour un traitement professionnel adéquat;
 - iii) Les frais ne dépassent pas le montant indiqué pour le traitement dans le barème d'honoraires provincial en vigueur pour les Dentistes généralistes dans la province de résidence du Participant; et

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

iv) Les soins soient reçus au cours des 12 mois qui suivent la date de l'Accident ou de la fracture accidentelle.

Tous les frais dentaires qui ne sont pas directement liés à l'Accident ou la fracture accidentelle ne seront pas couverts.

i) Les frais engagés dans un établissement où l'on traite la toxicomanie, l'alcoolisme ou la dépendance au jeu (y compris les coûts d'hébergement et des soins infirmiers), pourvu que :

i) La Personne assurée soit traitée pour toxicomanie, alcoolisme ou dépendance au jeu dans l'établissement;

ii) L'établissement soit autorisé légalement à fournir des soins et des traitements sur une base régulière à ceux qui sont aux prises avec des problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme ou de dépendance au jeu et que l'établissement soit géré conformément aux lois du territoire où il est situé; et

iii) L'assureur ait approuvé l'établissement avant que les frais ne soient engagés.

j) Les frais de chirurgie esthétique rendue nécessaire à la suite d'un Accident survenu alors que la personne était assurée, à la condition que les traitements débutent dans les 12 mois de la date de l'Accident et se terminent dans les 36 mois de cette date.

k) Honoraires pour des soins paramédicaux donnés par l'un des praticiens énumérés au Tableau sommaire (y compris les frais de radiographies, s'il est fait mention que ces frais sont couverts au Tableau sommaire), fournis par un praticien dûment autorisé par un organisme provincial ou fédéral responsable à pratiquer sa profession dans les limites définies par les règles de cette profession.

Si les services du praticien sont couverts par le régime de soins de santé provincial, aucune protection ne sera fournie en vertu de cette garantie pour tous les montants payables pour ces services en vertu du régime provincial.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

La présente garantie ne couvre pas les frais suivants :

- a) Payables ou remboursables en vertu d'une loi sur les Accidents du travail ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été présentée.
- b) Pour une blessure ou une Maladie ou tous frais résultant, directement ou indirectement, de toute blessure que la Personne assurée s'inflige, sauf si les preuves médicales démontrent que la blessure est directement liée à un problème de santé mentale.
- c) Pour une blessure ou une Maladie résultant, directement ou indirectement, de la participation à une agitation civile, à une insurrection ou à une émeute.
- d) Pour une blessure ou une Maladie résultant, directement ou indirectement, d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non.
- e) Pour une blessure, une Maladie ou tous frais résultant, directement ou indirectement, de la perpétration d'une infraction en vertu de tout code criminel ou loi similaire dans toute juridiction si la Personne assurée a été inculpée ou déclarée coupable.
- f) Pour tout traitement ou appareil visant à corriger la dimension verticale, ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire.
- g) Pour tous les soins ou traitements qui ne sont pas Médicalement requis, qui sont donnés dans un but esthétique ou dans un but autre que curatif, qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique, ou un traitement de nature expérimentale.
- h) Pour tous les soins ou traitements inscrits dans le cadre d'un programme de recherche et de développement de produit dont l'usage n'est pas recommandé par le fabricant ou n'est pas conforme aux normes gouvernementales.
- i) Pour tous les soins ou traitements pour une blessure ou une Maladie qui ne sont pas reconnus d'usage courant, usuel et coutumier pour une telle blessure ou Maladie.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- j) Pour la partie des frais en excédent des Frais usuels et coutumiers normalement engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une blessure ou une Maladie de même nature et de gravité équivalente.
- k) Pour les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de la Personne assurée.
- l) Pour tout voyage de santé ou cure de repos.
- m) Pour l'examen des yeux.
- n) Pour les lunettes et les lentilles cornéennes.
- o) Pour tous les soins ou traitements reliés à la fertilité ou l'infertilité.
- p) Pour l'achat ou la location de tout appareil de confort, de massage et d'accessoires domestiques qui ne sont pas requis exclusivement pour un usage médical.
- q) Pour l'achat de Prothèses auditives ou autres dispositifs connexes (y compris les réparations, les remplacements et les piles).
- r) Pour l'achat de Prothèses implantées chirurgicalement, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie.
- s) Pour l'achat de services ou de fournitures ayant pour seul objet de faciliter la participation de la Personne assurée dans des sports ou la mise en forme ou l'entraînement ou des activités de loisirs, et non pour des activités quotidiennes.
- t) Pour tous les soins et traitements (y compris la lutte contre la dépendance) pour des états tels que l'obésité, le tabagisme, la toxicomanie, l'alcoolisme et la dépendance au jeu, sans toutefois s'y limiter et sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie.
- u) Pour les vaccins de nature préventive et l'administration de sérums, de vaccins et de médicaments injectables.
- v) Pour les contraceptifs (autres qu'oraux), sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- w) Pour les produits suivants, à moins qu'ils ne puissent être obtenus que sur l'ordonnance d'un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à les prescrire et devant être délivrés par un pharmacien :
- produits pour l'entretien des lentilles cornéennes;
 - protéines ou suppléments diététiques, acides aminés;
 - aliments pour bébés;
 - rince-bouches, pansements et pastilles;
 - shampoings, huiles, crèmes;
 - produits de toilette, y compris les savons et les émoullients;
 - substances adoucissantes et protectrices pour la peau;
 - vitamines, suppléments vitaminiques ou multivitamines;
 - minéraux;
 - produits homéopathiques;
 - stéroïdes anabolisants.
- x) Pour les médicaments visant à améliorer la qualité de vie, tels que les médicaments liés aux problèmes de dysfonction érectile, d'infertilité, de perte des cheveux ou de manque de croissance, sans toutefois s'y limiter, et sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie.
- y) Pour les médicaments dont la couverture est exclue par l'assureur en vertu de la disposition Restrictions quant à l'exécution des ordonnances de la présente garantie.
- z) Pour les médicaments sur ordonnance dispensés par une clinique ou une pharmacie non accréditée d'un Hôpital ou pour les traitements ambulatoires, y compris les médicaments dits d'urgence ou de recherche.
- aa) Pour les soins ou traitements reçus hors de la province de résidence en raison d'une situation d'Urgence médicale liée (i) à une grossesse, le faux travail, l'accouchement ou les complications en résultant, si l'Urgence médicale survient après la 32^e semaine de grossesse ou (ii) au déclenchement volontaire d'un avortement.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- bb) Pour tous les soins ou traitements prodigués par un fournisseur de soins de santé ou un fournisseur de services qui :
- i) A été accusé d'avoir commis une faute professionnelle ou d'avoir eu recours à des pratiques déloyales; ou
 - ii) Fait l'objet d'une enquête menée par un organisme officiel relativement à une loi ou à un règlement; ou
 - iii) Fait l'objet d'une enquête menée par l'assureur relativement à sa conduite professionnelle ou à sa pratique; ou
 - iv) Exerce une profession qui n'est pas réglementée par un organisme de réglementation fédéral ou provincial reconnu de façon officielle et compétent dans le territoire où les services ont été fournis; ou
 - v) Selon l'avis raisonnable de l'assureur, ne satisfait pas aux standards de l'assureur relatifs à sa conduite professionnelle ou à sa pratique; ou
 - vi) Est un employé, un entrepreneur, un dirigeant ou un membre de
 - Toute entreprise, tout groupe ou toute association dont il est fait mention dans les sous-paragraphes i) à v); ou
 - Toute entité qui est affiliée ou liée à telle entreprise, tel groupe ou telle association.

Le montant de la prestation est diminué de toute prestation payable ou remboursable (i) en vertu d'un régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui habituellement l'aurait été si une demande de règlement avait été soumise par la Personne assurée en vertu d'un tel régime ou (ii) par une tierce partie en raison d'une poursuite ou d'un règlement.

CALCUL DU REMBOURSEMENT

Remboursement

L'assureur rembourse le pourcentage des frais couverts engagés, tel qu'indiqué au Tableau sommaire, lorsque la Franchise, s'il y a lieu, a été acquittée.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Maximum par Personne assurée

Le montant maximum que rembourse l'assureur en vertu de la présente garantie est indiqué au Tableau sommaire.

Coordination des prestations

Si la Personne assurée est admissible à recevoir des prestations en vertu de la présente garantie et de toute autre garantie couvrant des frais pour soins, services ou fournitures qui ont été engagés pour des soins ou des traitements médicaux ou découlant de ceux-ci, les prestations seront coordonnées de façon à ne pas excéder les frais réellement engagés. L'expression «garantie» désigne toute garantie qui prévoit des prestations pour soins, services ou fournitures en vertu de :

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

PRESTATION DE SURVIVANT

Si le Participant décède tandis qu'il est assuré par la présente garantie ou avant toute prolongation de l'assurance telle que prévue à la disposition Prolongation des prestations, l'assurance en vertu de cette garantie sera maintenue pour ses Personnes à charge qui étaient assurées par la présente garantie au moment du décès, sans paiement de primes, jusqu'à la première des dates suivantes :

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

PROLONGATION DES PRESTATIONS

Si à la date à laquelle l'assurance d'une Personne assurée en vertu de la présente garantie se termine et que la Personne assurée est invalide, une

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

prestation sera payable pour les frais de soins médicaux couverts qui sont directement liés à l'invalidité, à condition que :

- a) Les frais soient engagés dans les 90 Jours suivant la date à laquelle l'assurance a été interrompue; et
- b) Cette garantie soit en vigueur lorsque les frais sont engagés.

Tel que stipulé dans la présente disposition, Invalide et Invalidité signifient :

- a) En ce qui concerne un Participant, son incapacité totale, en raison d'une Maladie ou d'une blessure, d'effectuer tout travail pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de sa scolarité, de sa formation ou de son expérience; et
- b) En ce qui concerne un Retraité ou une Personne à charge, que cette personne est Hospitalisée ou reçoit un traitement donné par un Médecin en raison d'un handicap physique ou mental pouvant être déterminé du point de vue médical.

DROIT DE TRANSFORMATION

Le Participant dont l'assurance en vertu de la police collective est résiliée en raison de la fin de :

- a) Son emploi, ou
- b) Son appartenance au groupe,

peut transformer sa garantie d'Assurance maladie complémentaire en un contrat d'assurance maladie individuelle sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité à l'assureur.

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

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

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

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

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

Les services décrits ci-après seront fournis s'ils sont liés à une Urgence médicale ou à une urgence personnelle survenue alors que la Personne assurée est à l'extérieur de sa province de résidence, à condition que :

- a) La Personne assurée soit assurée par la garantie d'Assurance maladie complémentaire au moment où survient l'Urgence médicale ou l'urgence personnelle; et
- b) L'Urgence médicale ou l'urgence personnelle survienne durant une absence de la Personne assurée de sa province de résidence, lorsque la durée prévue de cette absence était de 182 Jours ou moins.

Par contre, si l'absence est due au fait que la Personne assurée fréquente à temps plein une institution d'enseignement agréée, l'Urgence médicale ou l'urgence personnelle survienne durant l'année scolaire au cours de laquelle la Personne assurée était inscrite à une institution d'enseignement.

Toutefois, s'il était prévu que l'absence dure 182 Jours ou moins mais qu'en raison de circonstances hors de tout contrôle la durée de l'absence a dû être prolongée, une protection est prévue seulement en cas d'Urgence médicale ou d'urgence personnelle survenue au cours des premiers 182 Jours de l'absence.

Si la durée prévue de l'absence excède 182 Jours, aucune protection n'est prévue en vertu de la présente garantie pour toute la durée de l'absence.

- c) La Personne assurée se soit absentée pour des raisons professionnelles, pour des vacances ou pour fréquenter à temps plein une institution d'enseignement agréée; et
- d) Les services et l'équipement aient dû être fournis avant le retour de la Personne assurée dans sa province de résidence afin de ne pas nuire à sa santé; et

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

- e) En cas d'urgence médicale, l'urgence soit couverte en vertu de la disposition Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de la garantie d'Assurance maladie complémentaire.

Les services seront fournis par le fournisseur de services d'assistance médicale de l'assureur. La Personne assurée est tenue de contacter le fournisseur de services d'assistance médicale pour faire la demande de services en cas d'urgence.

SERVICES D'ASSISTANCE MÉDICALE

Les services médicaux suivants sont disponibles en cas d'Urgence médicale :

- a) Accès à un service téléphonique Jour et nuit
- Le fournisseur de services d'assistance médicale donne accès, à n'importe quelle heure du Jour ou de la nuit et ce, 365 Jours par année, à un service téléphonique où un personnel multilingue permettra de mettre la Personne assurée en contact avec un réseau de spécialistes pouvant s'occuper de l'urgence.

- b) Soins médicaux

Le fournisseur de services d'assistance médicale a les responsabilités suivantes :

- Si la Personne assurée n'est pas en mesure de localiser un Médecin ou un Hôpital, diriger cette personne vers un Médecin ou un Hôpital approprié.
- Organiser des consultations avec des Médecins ou des Spécialistes afin d'obtenir les meilleurs soins médicaux disponibles dans la région, à la demande de la Personne assurée.
- Aider à l'admission dans un Hôpital.

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

- Confirmer, aux Médecins et aux Hôpitaux, que l'assurance collective de la Personne assurée couvrira les frais médicaux de la Personne assurée.

c) Transport médical

Le fournisseur de services d'assistance médicale a les responsabilités suivantes :

- Organiser et payer le transport ou le transfert de la Personne assurée à un Hôpital par tout moyen approprié recommandé par le Médecin traitant, ceci en accord avec le fournisseur de services d'assistance médicale.
- Organiser et payer le rapatriement de la Personne assurée à son domicile ou jusqu'à un Hôpital près de son domicile après le traitement initial, par tout moyen de transport adéquat et à la condition que son état de santé le nécessite et le permette. Le fournisseur de services d'assistance médicale organise et contrôle le rapatriement par le mode de transport le plus approprié : avion-ambulance, hélicoptère, avion de ligne commerciale, train ou ambulance.

d) Paiement des dépenses médicales et avance de fonds

- Le fournisseur de services d'assistance médicale prend les arrangements nécessaires au paiement des dépenses médicales couvertes en vertu de la disposition Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de la garantie d'Assurance maladie complémentaire.
- Si cela s'avère nécessaire pour que la Personne assurée reçoive des soins médicaux, le fournisseur de services d'assistance médicale avance des fonds, après accord préalable de l'assureur.

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

- e) Rapatriement de la dépouille mortelle
- À la suite du décès de la Personne assurée, le fournisseur de services d'assistance médicale s'occupe des formalités à accomplir et du paiement de tous les frais liés au transport du corps ou des cendres jusqu'au lieu d'inhumation dans sa province de résidence, ou à la crémation ou l'inhumation sur place, jusqu'à concurrence de 10 000 \$. Les frais d'obsèques ne sont pas payés.
- f) Retour des Enfants à charge
- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise le rapatriement des Enfants de la Personne assurée qui ont moins de 16 ans et sont privés de surveillance en raison de l'Hospitalisation de la Personne assurée. De plus, le fournisseur de services d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touriste des Enfants accompagnés, au besoin, à leur lieu de résidence habituel. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.
- g) Retour d'une Personne assurée ou d'un membre de la Famille immédiate
- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise le rapatriement de la Personne assurée ou de tout membre de la Famille immédiate ayant perdu l'usage de son billet d'avion en raison de l'Hospitalisation ou du décès de la Personne assurée. Le fournisseur de services d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touriste de la Personne assurée ou d'un membre de la Famille immédiate à son lieu de résidence habituel. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.

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

- h) Visite d'un membre de la Famille immédiate
- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise et règle le transport aller-retour en classe touriste d'un membre de la Famille immédiate à des fins de visite si la Personne assurée est Hospitalisée pour une durée minimum de 7 Jours consécutifs et si ladite visite est bénéfique à la Personne assurée, d'après l'avis du Médecin traitant, jusqu'à concurrence de 2 500 \$ par séjour pour l'ensemble des Personnes assurées d'une même famille.
- i) Frais de subsistance pour le logement et les repas
- Si le retour est reporté à la suite de l'Hospitalisation d'une Personne assurée pour une durée de plus de 24 heures, ou en raison de son décès, les frais de subsistance engagés, en raison de ce délai, par elle, par un membre de la Famille immédiate l'accompagnant ou par un membre de la Famille immédiate lors d'une visite, dans les circonstances définies au paragraphe h) sont remboursables, jusqu'à concurrence d'un maximum quotidien de 300 \$ pour l'ensemble des Personnes assurées d'une même famille et d'un Remboursement global de 2 400 \$ pour la totalité du séjour.
- Le fournisseur de services d'assistance médicale rembourse les frais liés au logement et aux repas sur réception de reçus explicatifs.
- j) Retour du véhicule
- Le fournisseur de services d'assistance médicale verse une allocation maximale de 2 000 \$ pour le retour du véhicule de la Personne assurée, qu'il soit privé ou loué, à la résidence de la Personne assurée ou à l'agence de location appropriée la plus proche.

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

k) Médicaments en cas d'urgence

- Lorsque la Personne assurée ne peut trouver sur place un médicament indispensable à la poursuite d'un traitement en cours, le service d'assistance médicale effectue les démarches nécessaires à la recherche et à l'envoi de ces médicaments. Le coût du médicament devra être défrayé par la Personne assurée à moins que le médicament ne soit couvert en vertu de l'Assurance maladie complémentaire.

SERVICES D'ASSISTANCE VOYAGE EN CAS D'URGENCE PERSONNELLE

Les services suivants sont fournis lors d'une situation d'urgence personnelle :

a) Service téléphonique de traduction

- En cas d'urgence, le fournisseur de services d'assistance médicale met à la disposition de la Personne assurée des services d'interprète pour les appels téléphoniques dans la plupart des langues étrangères.

b) Service de transmission et de garde de messages

- En cas d'urgence, le fournisseur de services d'assistance médicale transmet, sur demande, un message de la Personne assurée à son domicile, à son bureau ou ailleurs, ou conserve pendant 15 Jours les messages qui sont destinés à la Personne assurée ou aux membres de sa Famille immédiate.

c) Assistance juridique

- En cas d'urgence de cet ordre, le fournisseur de services d'assistance médicale assiste la Personne assurée afin d'obtenir de l'aide juridique locale au besoin et l'aide également à obtenir une avance de fonds en espèces sur ses cartes de crédit ou par l'entremise de sa famille et de ses amis afin d'acquitter les frais de contentieux et de cautionnement.

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

d) Information-voyage

- Le fournisseur de services d'assistance médicale transmet avant, pendant et après le voyage de la Personne assurée, de l'information relative au transport, aux vaccinations et aux précautions à prendre.

e) Perte de bagages ou de documents

- Si la Personne assurée égare ou se fait voler ses bagages ou documents de voyage, le fournisseur de services d'assistance médicale aide la Personne assurée à contacter les autorités compétentes.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

En plus des exclusions et réductions énumérées dans la disposition des Exclusions et réductions de l'Assurance maladie complémentaire, les Services d'urgence prévus en vertu de la présente garantie sont assujettis aux restrictions, exclusions, modalités et conditions qui s'appliquent à la section Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de l'Assurance maladie complémentaire.

Sont également exclus les frais engagés à la suite d'une blessure ou un décès survenu lors de la participation à un événement sportif professionnel ou à tout genre de compétition de véhicules motorisés ou d'épreuves de vitesse, ou à des activités dangereuses tels le vol plané ou à voile, l'alpinisme, le parachutisme, le saut à l'élastique, ou toute autre activité dangereuse.

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

RESPONSABILITÉ

Le fournisseur de services d'assistance médicale et l'assureur sont dégagés de toute responsabilité quant aux retards ou aux empêchements à fournir l'assistance médicale dans les cas suivants : grève, guerre civile ou étrangère, invasion, intervention de puissances ennemies, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non), rébellion, insurrection, acte de terrorisme, opération militaire ou coup d'État, émeute ou mouvement populaire, retombées radioactives ou tout autre cas de force majeure.

Les Médecins, hôpitaux, cliniques, avocats et autres praticiens ou établissements autorisés à qui le fournisseur de services d'assistance médicale réfère des Personnes assurées sont des entrepreneurs indépendants et de ce fait ils agissent pour leur propre compte, plutôt qu'en qualité d'employés, d'agents ou de subordonnés du fournisseur de services d'assistance médicale ou de l'assureur.

En outre, le fournisseur de services d'assistance médicale et l'assureur déclinent toute responsabilité à l'égard d'actes professionnels ou de carences imputables à des Médecins, hôpitaux, cliniques, avocats ou autres praticiens ou établissements autorisés vers lesquels le fournisseur de services d'assistance médicale dirige la Personne assurée.

REMBOURSEMENT

Si une avance de fonds est fournie pour couvrir des frais engagés ou défrayés et que le Participant soumet ces frais à l'assureur sous forme de dépenses couvertes en vertu de la garantie d'Assurance maladie complémentaire à une date ultérieure, l'assureur ne rembourse au Participant qu'un montant, moindre que celui ayant fait l'objet d'une avance de fonds ou remboursé pour ces dépenses, sous réserve de la Franchise et du niveau de Remboursement applicable aux dites dépenses.

Si une avance de fonds est fournie pour couvrir des frais engagés ou défrayés et que (i) ces frais ne constituent pas une dépense couverte en vertu de la disposition Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de l'Assurance maladie complémentaire ou que (ii) le montant ayant fait l'objet

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

d'une avance de fonds ou qui a été remboursé est en excédent de la responsabilité de l'assureur en vertu de la police collective, le Participant est responsable de rembourser, à l'assureur, le montant de l'avance de fonds ou le montant en excédent, selon le cas, dans les 90 Jours de son retour dans sa province de résidence. À défaut de rembourser le montant de l'avance de fonds ou le montant en excédent, l'assureur se réserve le droit de réduire de futures demandes de règlement pour frais médicaux ou autres demandes de règlement faites par le Participant ou ses Personnes à charge en vertu de la police collective en fonction du montant dû.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

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

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

RISQUES ASSURÉS

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

- a) La Maladie ou la blessure de la Personne assurée, d'un Membre de sa famille, d'un Compagnon de voyage ou d'un Membre de la famille du Compagnon de voyage;
- b) Le décès de la Personne assurée, de son Conjoint, d'un Enfant de la Personne assurée ou de son Conjoint, ou d'un Compagnon de voyage de la Personne assurée;
- c) Le décès d'un Membre de la famille de la Personne assurée, du Conjoint de la Personne assurée, d'un Enfant de la Personne assurée ou d'un Membre de la famille du Compagnon de voyage. Les funérailles doivent toutefois avoir lieu au cours de la période qui s'étend de 31 Jours avant jusqu'à 31 Jours après la durée du séjour;
- d) La Maladie, la blessure ou le décès d'un associé d'affaires ou de l'Hôte à destination de la Personne assurée;
- e) La Maladie, la blessure ou le décès d'une personne dont la Personne assurée est le tuteur légal;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE (suite)

- f) Le décès d'une personne dont la Personne assurée est l'exécuteur testamentaire;
- g) La convocation de la Personne assurée à titre de membre d'un jury ou de témoin dans un procès dont l'audition est prévue pendant la période du Voyage couvert, sauf si la Personne assurée est un officier responsable de l'application de la loi;
- h) La mise en quarantaine de la Personne assurée, pourvu qu'elle se termine 7 Jours ou moins avant la date prévue de départ ou se produise au cours de la période du Voyage couvert;
- i) Le détournement d'un Transporteur à bord duquel la Personne assurée voyage;
- j) Un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de la Personne assurée ou de l'Hôte à destination. La résidence doit toujours être inhabitable 7 Jours ou moins avant la date prévue de départ, sinon, le sinistre doit avoir lieu pendant la période du Voyage couvert;
- k) L'annulation d'une Réunion d'affaires à la suite d'une Maladie, d'une blessure ou du décès de la personne avec qui les arrangements pour la Réunion d'affaires avaient été pris au préalable (une preuve écrite des arrangements est requise). Dans ce cas, les frais de transport, ainsi que les frais d'hébergement, jusqu'à concurrence de 3 Jours, sont couverts;
- l) Une recommandation du gouvernement du Canada incitant ses citoyens à ne pas voyager vers cette Destination, si cette recommandation a été émise après que la Personne assurée ait pris les engagements relatifs au Voyage couvert;
- m) La mutation de la Personne assurée exigée par son Employeur, qui nécessite le déménagement de la Personne assurée à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, dans les 30 Jours précédant la date du départ;
- n) L'absence de la correspondance prévue ou un départ retardé en raison (i) d'un délai du Transporteur responsable de s'assurer de la correspondance à condition que le retard soit causé par des conditions

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE (suite)

atmosphériques ou une défaillance mécanique ou (ii) d'un Accident de la circulation mettant en cause l'automobile privée ou louée de la Personne assurée ou le taxi dans lequel elle circulait.

FRAIS COUVERTS

Les frais suivants sont couverts :

- a) En cas d'annulation avant le départ :
 - i) La portion non utilisée et non remboursable des frais de voyage payés à l'avance;
 - ii) Les frais supplémentaires engagés pour des tarifs d'occupation plus élevés en milieu hôtelier par la Personne assurée qui décide de poursuivre un Voyage couvert lorsqu'un Compagnon de voyage doit annuler en raison de l'un des risques assurés. Les frais supplémentaires seront remboursés jusqu'à concurrence d'une somme ne dépassant pas la pénalité d'annulation de l'hôtel applicable au moment où la personne accompagnatrice doit annuler son Voyage couvert;
 - iii) La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % de ces frais, si le départ de la Personne assurée est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'elle décide de ne pas effectuer le voyage.
- b) Si le retour est anticipé ou retardé :
 - i) Le coût supplémentaire d'un billet de retour simple le plus économique jusqu'au point de départ;
 - ii) La portion non utilisée et non remboursable des frais des autres arrangements de voyage payés à l'avance;
 - iii) Les frais de subsistance pour le logement et les repas dans un établissement commercial lorsqu'une Personne assurée doit reporter son retour pour cause de Maladie ou de blessure qu'elle

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE (suite)

subit elle-même ou que subit un Membre de sa famille qui l'accompagne ou un Compagnon de voyage.

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

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

Pour que la garantie s'applique, la Personne assurée doit avoir prévu arriver au point de départ au moins 3 heures avant l'heure prévue du départ ou au moins 2 heures avant l'heure prévue du départ si la distance à parcourir est de moins de 100 kilomètres.
 - ii) La portion non utilisée et non remboursable des frais de voyage payés à l'avance, si le départ du Transporteur, au point de départ du voyage projeté, est annulé ou est retardé pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du Voyage couvert en raison des conditions atmosphériques.
 - iii) La portion non utilisée et non remboursable des frais de voyage payés à l'avance, si les conditions atmosphériques empêchent la Personne assurée d'effectuer une correspondance prévue avec un autre Transporteur pendant une période représentant une interruption d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du Voyage couvert, et que la Personne assurée décide de ne pas poursuivre ledit Voyage couvert.
- d) Transport aller et retour :
- Les frais de transport par le moyen le plus économique après approbation par le service d'assistance voyage désigné par l'assureur, pour faire revenir la Personne assurée dans sa province de résidence et la ramener

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE (suite)

à l'endroit où elle serait rendue dans son Voyage couvert, à condition que le retour vers la province de résidence soit attribuable à l'une des causes suivantes :

- i) Le décès ou l'Hospitalisation d'un Membre de sa famille, d'une personne dont elle est le tuteur légal ou d'une personne dont elle est le liquidateur testamentaire;
- ii) Un sinistre ayant rendu sa résidence principale inhabitable ou ayant causé des dommages importants à son établissement commercial.

RESTRICTION

Si le retour est retardé de plus de 7 Jours, les frais sont admissibles pourvu que la Personne assurée ou son Compagnon de voyage ait été admis dans un Hôpital à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de 7 Jours.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

En plus des exclusions et réductions énumérées dans la disposition Exclusions et réductions de l'Assurance maladie complémentaire, aucune somme n'est payable en vertu de la présente garantie, si l'annulation ou l'interruption d'un Voyage couvert résulte, directement ou indirectement, de l'une des causes suivantes :

- a) L'abus de médicaments ou d'alcool, ou la consommation de drogue;
- b) Le suicide ou la tentative de suicide ou toute blessure que la Personne assurée s'inflige, sauf si les preuves médicales démontrent que la blessure est directement liée à un problème de santé mentale;
- c) La perpétration de toute infraction en vertu de tout code criminel ou législation similaire dans toute juridiction, si la Personne assurée a été inculpée ou déclarée coupable;
- d) Une agitation civile, une insurrection ou une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou une émeute;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE (suite)

- e) Une blessure ou une Maladie survenue lors de la participation à un évènement sportif professionnel ou à tout genre de compétition de véhicules motorisés ou d'épreuves de vitesse, ou à des activités dangereuses tels le vol plané ou à voile, l'alpinisme, le parachutisme, le saut à l'élastique, ou toute autre activité dangereuse;
- f) L'état de santé de la Personne assurée n'était pas stable au moment de finaliser les derniers arrangements du Voyage couvert. L'assureur détermine, à sa seule discrétion, ce que stable signifie. Dans cette évaluation, l'assureur peut prendre en considération, y compris, mais sans s'y limiter, les facteurs médicaux suivants :
 - i) L'état de santé;
 - ii) Un traitement médical, un examen, une consultation ou une Hospitalisation;
 - iii) L'augmentation ou la détérioration de tout symptôme ou de tout problème de santé;
 - iv) Un changement de médication ou de traitement médical;
 - v) Un traitement médical ou un examen médical prévu, ou pour lequel des résultats sont en attente, pour tout symptôme ou tout problème de santé;

dans une période de 90 Jours précédant les derniers arrangements du Voyage couvert.

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

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

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE (suite)

médicale ou le décès subséquent de cette personne constitue la cause de l'annulation dudit Voyage couvert de la Personne assurée.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

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

COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION

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

COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT

Demandes de règlement pour la garantie d'Assurance maladie complémentaire

Afin de profiter d'un traitement accéléré, le Participant peut transmettre ses demandes de règlement de l'une ou l'autre des façons suivantes, si celles-ci sont offertes dans le cadre de son régime d'assurance collective :

- ♦ **en ligne sur notre site sécurisé *Espace client*, accessible via ia.ca;**
ou
- ♦ **via [iA Mobile](#)**

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

Pour les Participants résidant au Québec

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

Pour les Participants résidant à l'extérieur du Québec

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

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

COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT (suite)

Demandes de règlement pour la garantie d'Assurance invalidité

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

Pour les Participants résidant au Québec

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

Pour les Participants résidant à l'extérieur du Québec

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

AVIS IMPORTANT

pour les personnes hospitalisées hors de leur province de résidence

La Personne assurée est tenue de communiquer avec le fournisseur du service d'assistance médicale de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (ci-après « la Société ») aussitôt qu'elle est raisonnablement en mesure de le faire après le début de son Hospitalisation, sans quoi la Société peut refuser la demande de règlement de la Personne assurée ou y apporter des restrictions.

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

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (ci-après « la Société ») tient à protéger la confidentialité des renseignements personnels obtenus sur tout Participant et ses Personnes à charge dans le cadre de services fournis en vertu du régime collectif établi pour le titulaire de la police. La Société reconnaît et respecte le droit de toute personne à sa vie privée et à la confidentialité des renseignements qui la concernent.

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

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

À la Société, les renseignements personnels recueillis sont utilisés dans le cadre de services administratifs exigés par le régime collectif. Ces services administratifs comprennent notamment :

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

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

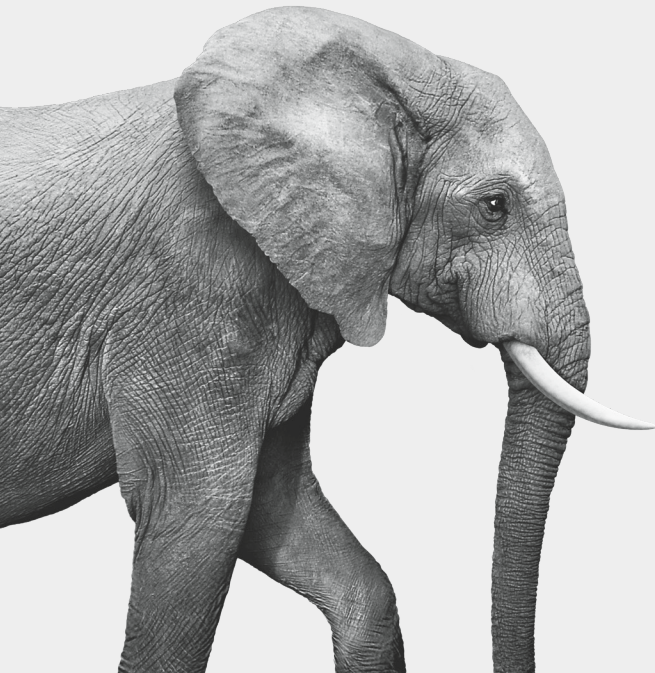
Le Participant a le droit de consulter les données recueillies à son sujet et de demander, par écrit, la correction de toute information inexacte. Le Participant peut en outre demander que toute donnée périmée ou superflue soit supprimée.

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

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

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

NOTES



F54-514-2(21-06)

ON S'INVESTIT, POUR VOUS.

iA Groupe financier est une marque de commerce et un autre nom sous lequel
l'**Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.** exerce ses activités.

ia.ca