



Brochure de votre régime
d'assurance collective

NORDA STELO INC.
(Régime flexible)

Direction
Groupe n° 91318

NORDA
STELO

 **CROIX BLEUE**
MEDAVIE

LISTE DES GARANTIES

SOMMAIRE DES GARANTIES	1
VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE EN BREF	23
ASSURANCE VIE	30
ASSURANCE FACULTATIVE DE DÉCÈS ET MUTILATION PAR ACCIDENT (DMA).....	33
ASSURANCE FACULTATIVE POUR MALADIES GRAVES (ÉTENDUE)	42
ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE	63
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	67
ASSURANCE SANTÉ - MÉDICAMENTS.....	72
ASSURANCE SANTÉ - ACCIDENT/MALADIE.....	77
ASSURANCE SANTÉ - VOYAGE	84
ASSURANCE SOINS DENTAIRES.....	93

ANNEXE

Régime d'assurance de base en cas de mutilation par accident (souscrit auprès de Chubb du Canada compagnie d'assurance vie)

Date d'effet mise à jour : 1^{er} août 2021

SOMMAIRE DES GARANTIES

Le présent sommaire des garanties doit s'interpréter de pair avec les modalités décrites dans les différentes sections de la brochure.

Délai d'admission

Dès l'embauche

Assurance vie de base de l'adhérent

Montant assurable	Une fois le salaire annuel
Mode d'arrondissement	Au 1 000 \$ supérieur
Maximum	
• sans preuve d'assurabilité	700 000 \$
• avec preuve d'assurabilité	1 000 000 \$
Réduction à 65 ans	50 % du montant d'assurance
Prestation dans le cas d'une maladie en phase terminale	Incluse
Désignation de bénéficiaire transférée du contrat antérieur	Oui
Fin de la garantie	70 ans ou retraite, si antérieure

Assurance vie de base des personnes à charge

Montant d'assurance	
Conjoint	10 000 \$
Enfant(s)	5 000 \$ par enfant *
Fin de la garantie	70 ans ou retraite, si antérieure (âge de l'adhérent)

* l'enfant doit être âgé d'au moins 24 heures

Assurance vie facultative de l'adhérent et de ses personnes à charge

Montant assurable :

- **Adhérent** Tranches de 10 000 \$
Maximum sans preuve d'assurabilité Aucun
Maximum avec preuve d'assurabilité 500 000 \$*
- **Conjoint** Tranches de 10 000 \$
Maximum sans preuve d'assurabilité Aucun
Maximum avec preuve d'assurabilité 500 000 \$
- **Enfant** Tranches de 5 000 \$
Maximum sans preuve d'assurabilité Aucun
Maximum avec preuve d'assurabilité 25 000 \$

Fin de la garantie :

- **Adhérent et enfant(s)** 70 ans ou retraite, si antérieure (âge de l'adhérent)
- **Conjoint** La première des dates suivantes :
 - 70^e anniversaire du conjoint
 - 70^e anniversaire de l'adhérent (ou sa retraite, si antérieure)

* le maximum combiné de l'assurance vie de base et de l'assurance vie facultative de l'adhérent ne peut excéder 1 300 000 \$

Assurance facultative de décès et mutilation par accident (DMA) de l'adhérent et de ses personnes à charge

Montant assurable :

- **Adhérent** Tranches de 10 000 \$
Maximum sans preuve d'assurabilité 100 000 \$
Maximum avec preuve d'assurabilité 100 000 \$
- **Conjoint** Tranches de 10 000 \$
Maximum sans preuve d'assurabilité 100 000 \$
Maximum avec preuve d'assurabilité 100 000 \$
- **Enfant** Tranches de 5 000 \$
Maximum sans preuve d'assurabilité 25 000 \$
Maximum avec preuve d'assurabilité 25 000 \$

Fin de la garantie :

- **Adhérent et enfant(s)** 65 ans ou retraite, si antérieure (âge de l'adhérent)
 - **Conjoint** La première des dates suivantes :
 - 65e anniversaire du conjoint
 - 65e anniversaire de l'adhérent (ou sa retraite, si antérieure)
-

Assurance facultative pour maladies graves (étendue) de l'adhérent et de ses personnes à charge

Montant d'assurance

Prestation maximale

Adhérent	Tranches de 10 000 \$, maximum de 250 000 \$
Conjoint	Tranches de 10 000 \$, maximum de 250 000 \$
Enfant	Tranches de 5 000 \$, maximum de 25 000 \$

Prestation partielle

10 % de la prestation maximale

Maximum sans preuve d'assurabilité

Une preuve d'assurabilité est requise pour tout montant de protection.

Nombre maximal de maladies admissibles à la prestation

Jusqu'à 2 maladies non reliées admissibles à la prestation maximale à vie

1 prestation partielle à vie pour chaque maladie grave admissible à la prestation partielle

1 maladie infantile admissible à vie

Période de survie

30 jours consécutifs, sauf indication contraire dans la définition des maladies graves admissibles

Fin de la garantie :

- **Adhérent et enfant(s)** 65 ans ou retraite, si antérieure (âge de l'adhérent)
- **Conjoint** La première des dates suivantes :
 - 65e anniversaire du conjoint
 - 65e anniversaire de l'adhérent (ou sa retraite, si antérieure)

Assurance salaire de courte durée

Montant assurable	70 % du salaire hebdomadaire, arrondi au dollar supérieur
Maximum	
• sans preuve d'assurabilité	3 000 \$
• avec preuve d'assurabilité	3 000 \$
Délai de carence :	
Hospitalisation / chirurgie d'un jour	7 jours
Accident	7 jours
Maladie	7 jours
Durée maximale des prestations	17 semaines
Statut fiscal des prestations	Imposables
Intégration à la CAEC	Non
Fin de la garantie	Retraite

Assurance salaire de longue durée

Montant assurable	70 % du salaire mensuel, arrondi au dollar supérieur
Maximum	
• sans preuve d'assurabilité	10 500 \$
• avec preuve d'assurabilité	15 000 \$
Délai de carence	Fin des prestations d'assurance salaire de courte durée
Durée maximale des prestations	Jusqu'à l'âge de 65 ans
Indexation au coût de la vie	Aucune
Statut fiscal des prestations	Imposables
Intégration directe des prestations (RRQ, RPC et lois sociales)	Oui
Notion de propre occupation	60 mois suivant la fin du délai de carence
Coordination : l'ensemble des prestations ne doit pas excéder	85 % du salaire brut
Fin de la garantie	65 ans (ou retraite, si antérieure)

RÉGIME BRONZE

Assurance santé - Médicaments

GÉNÉRALITÉS

Franchise	5 \$ par médicament prescrit
Pourcentage de remboursement	70 %*
Mode de remboursement	Carte de paiement direct
Protection supplémentaire offerte aux assurés couverts par le régime public de la RAMQ	Intégration des paramètres de la RAMQ à ceux du présent régime
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent

Remboursement maximum**

Liste régulière (incluant la liste RAMQ pour les résidents du Québec)	Illimité
Vaccins préventifs	Non couverts

* La contribution maximale applicable aux assurés répond aux exigences minimales de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

**Croix Bleue rembourse le coût du médicament interchangeable (générique) dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, quel que soit le médicament qui a été prescrit.

L'assuré peut tout de même se procurer un médicament de coût plus élevé et alors payer la différence de coût.

Croix Bleue applique la clause de substitution pour le médicament interchangeable (générique) dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, même si le médecin indique que le médicament prescrit ne peut être substitué.

Si l'assuré ne tolère pas le médicament interchangeable (générique) dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, Croix Bleue peut accepter de rembourser le coût d'un autre médicament interchangeable, sur une base de cas par cas, par le biais du processus de l'autorisation spéciale.

RÉGIME ARGENT

Assurance santé - Médicaments

GÉNÉRALITÉS

Franchise	5 \$ par médicament prescrit
Pourcentage de remboursement	80 %*
Mode de remboursement	Carte de paiement direct
Protection supplémentaire offerte aux assurés couverts par le régime public de la RAMQ	Intégration des paramètres de la RAMQ à ceux du présent régime
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent

Remboursement maximum**

Liste régulière (incluant la liste RAMQ pour les résidents du Québec)	Illimité
Vaccins préventifs	400 \$ / année civile

* La contribution maximale applicable aux assurés répond aux exigences minimales de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

** Croix Bleue rembourse le coût du médicament interchangeable (générique) dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, quel que soit le médicament qui a été prescrit.

L'assuré peut tout de même se procurer un médicament de coût plus élevé et alors payer la différence de coût.

Croix Bleue applique la clause de substitution pour le médicament interchangeable (générique) dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, même si le médecin indique que le médicament prescrit ne peut être substitué.

Si l'assuré ne tolère pas le médicament interchangeable (générique) dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, Croix Bleue peut accepter de rembourser le coût d'un autre médicament interchangeable, sur une base de cas par cas, par le biais du processus de l'autorisation spéciale.

RÉGIME OR

Assurance santé - Médicaments

GÉNÉRALITÉS

Franchise	5 \$ par médicament prescrit
Pourcentage de remboursement	90 %*
Mode de remboursement	Carte de paiement direct
Protection supplémentaire offerte aux assurés couverts par le régime public de la RAMQ	Intégration des paramètres de la RAMQ à ceux du présent régime
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent

Remboursement maximum**

Liste régulière (incluant la liste RAMQ pour les résidents du Québec)

Illimité

Vaccins préventifs

400 \$ / année civile

* La contribution maximale applicable aux assurés répond aux exigences minimales de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

** Croix Bleue rembourse le coût du médicament interchangeable (générique) dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, quel que soit le médicament qui a été prescrit.

L'assuré peut tout de même se procurer un médicament de coût plus élevé et alors payer la différence de coût.

Croix Bleue applique la clause de substitution pour le médicament interchangeable (générique) dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, même si le médecin indique que le médicament prescrit ne peut être substitué.

Si l'assuré ne tolère pas le médicament interchangeable (générique) dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, Croix Bleue peut accepter de rembourser le coût d'un autre médicament interchangeable, sur une base de cas par cas, par le biais du processus de l'autorisation spéciale.

RÉGIME BRONZE

Assurance santé - Accident/maladie

GÉNÉRALITÉS

Franchise	Aucune
Fin de la garantie	Retraite

HOSPITALISATION

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximum</u>	<u>Durée maximale</u>
Soins actifs	100 %	Chambre à deux lits	Illimitée
Convalescence ou réadaptation physique	100 %	Chambre à deux lits	180 jours / période d'hospitalisation

SOINS DE LA VUE – NON COUVERTS

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement Maximum global</u>
Examen de la vue	S.O.	S.O.
Lunettes, verres de contact et chirurgie au laser	S.O.	S.O.

RÉGIME BRONZE

Assurance santé - Accident/maladie (suite)

SERVICES PARAMÉDICAUX

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Maximum admissible par visite</u>	<u>Maximum admissible par année civile</u>
Acupuncteur	70 %	50 \$	300 \$*
Audiologiste	70 %	50 \$	300 \$*
Chiropraticien	70 %	50 \$	300 \$*
Radiographies par un chiropraticien	70 %	s.o.	25 \$
Diététiste	70 %	50 \$	300 \$*
Ergothérapeute	70 %	50 \$	300 \$*
Homéopathe	70 %	50 \$	300 \$*
Massothérapeute	70 %	50 \$	300 \$*
Naturopathe	70 %	50 \$	300 \$*
Orthophoniste	70 %	50 \$	300 \$*
Ostéopathe	70 %	50 \$	300 \$*
Physiothérapeute	70 %	50 \$	300 \$*
Technicien en réadaptation physique	70 %	50 \$	300 \$*
Thérapeute du sport	70 %	50 \$	300 \$*
Podiatre / pédicure	70 %	50 \$	300 \$*
Psychologue / travailleur social / conseiller en orientation/ psychothérapeute (maximum combiné)	70 %	50 \$	300 \$

* Maximum admissible combiné de 300 \$ par année civile

RÉGIME BRONZE

Assurance santé - Accident/maladie (suite)

FOURNITURES ET SERVICES MÉDICAUX – NON COUVERTS

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Maximum admissible</u>
Soins infirmiers	S.O.	S.O.
Service ambulancier	S.O.	S.O.
Chaussures orthopédiques	S.O.	S.O.
Orthèses podiatriques	S.O.	S.O.
Bas de contention	S.O.	S.O.
Prothèses auditives	S.O.	S.O.
Stérilet	S.O.	S.O.
<i>TENS</i>	S.O.	S.O.
Glucomètre	S.O.	S.O.
Soins dentaires suite à un accident	S.O.	S.O.
Injections sclérosantes	S.O.	S.O.
Prothèses	S.O.	S.O.
Aides à la mobilité et appareils orthopédiques	S.O.	S.O.
Équipement médical	S.O.	S.O.
Tests diagnostiques	S.O.	S.O.
Autres fournitures et services médicaux	S.O.	S.O.

RÉGIME ARGENT

Assurance santé - Accident/maladie

GÉNÉRALITÉS

Franchise	Aucune
Fin de la garantie	Retraite

HOSPITALISATION

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximum</u>	<u>Durée maximale</u>
Soins actifs	100 %	Chambre à deux lits	Illimitée
Convalescence ou réadaptation physique	100 %	Chambre à deux lits	180 jours / période d'hospitalisation

SOINS DE LA VUE

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement Maximum global</u>
Examen de la vue	100 %	50 \$ / 24 mois consécutifs
Lunettes, verres de contact et chirurgie au laser	100 %	200 \$ / 24 mois consécutifs

RÉGIME ARGENT

Assurance santé - Accident/maladie (suite)

SERVICES PARAMÉDICAUX

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Maximum admissible par visite</u>	<u>Maximum admissible par année civile</u>
Acupuncteur	80 %	60 \$	600 \$*
Audiologiste	80 %	60 \$	600 \$*
Chiropraticien	80 %	60 \$	600 \$*
Radiographies par un chiropraticien	80 %	s.o.	25 \$
Diététiste	80 %	60 \$	600 \$*
Ergothérapeute	80 %	60 \$	600 \$*
Homéopathe	80 %	60 \$	600 \$*
Massothérapeute	80 %	60 \$	600 \$*
Naturopathe	80 %	60 \$	600 \$*
Orthophoniste	80 %	60 \$	600 \$*
Ostéopathe	80 %	60 \$	600 \$*
Physiothérapeute	80 %	60 \$	600 \$*
Technicien en réadaptation physique	80 %	60 \$	600 \$*
Thérapeute du sport	80 %	60 \$	600 \$*
Podiatre / pédicure	80 %	60 \$	600 \$*
Psychologue / travailleur social / conseiller en orientation/ psychothérapeute (maximum combiné)	80 %	60 \$	600 \$

* Maximum admissible combiné de 600 \$ par année civile

RÉGIME ARGENT

Assurance santé - Accident/maladie (suite)

FOURNITURES ET SERVICES MÉDICAUX *

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Maximum admissible</u>
Soins infirmiers	80 %	15 000 \$ / année civile
Service ambulancier	80 %	Illimité
Chaussures orthopédiques	80 %	300 \$ / année civile
Orthèses podiatriques	80 %	300 \$ / année civile
Bas de contention	80 %	3 paires / année civile
Prothèses auditives	80 %	500 \$ / 36 mois consécutifs
Stérilet	80 %	500 \$ / année civile
TENS	80 %	700 \$ viager
Glucomètre	80 %	200 \$ - 1 appareil / 36 mois consécutifs
Soins dentaires suite à un accident	80 %	Illimité
Injections sclérosantes	80 %	15 \$/visite et 10 visites/année civile
<u>Prothèses</u>		
• membres artificiels et oeil artificiel	80 %	Illimité
• prothèses capillaires suite à chimiothérapie	80 %	300 \$ / année civile
• prothèses mammaires externe suite à une mastectomie	80 %	500 \$ / année civile
<u>Aides à la mobilité et appareils orthopédiques</u>		
• fauteuil roulant	80 %	1 500 \$ viager
• béquilles, cannes, marchettes, plâtres, bandages herniaires, appareils orthopédiques, collets cervicaux et orthèses	80 %	Illimité
<u>Équipement médical</u>		
• lit d'hôpital	80 %	1 / 5 années civiles
• pompe à insuline	80 %	1 750 \$ / 60 mois consécutifs
• pompes de compression et vibromasseurs	80 %	1 / 5 années civiles
• moniteur d'apnée	80 %	1 / 5 années civiles
• appareils thérapeutiques	80 %	10 000 \$ viager
<u>Tests diagnostiques</u>		
• analyses de laboratoire, rayons X, électrocardiogrammes, tomographies par ordinateur, échographies et imagerie par résonance magnétique (IRM)	80 %	500 \$ / année civile
<u>Autres fournitures et services médicaux *</u>		
• oxygène	80 %	Illimité
• appareils pour l'administration d'oxygène	80 %	1 / 5 années civiles

* voir le texte du contrat pour la liste complète et les particularités de la couverture

RÉGIME OR

Assurance santé - Accident/maladie

GÉNÉRALITÉS

Franchise	Aucune
Fin de la garantie	Retraite

HOSPITALISATION

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximum</u>	<u>Durée maximale</u>
Soins actifs	100 %	Chambre à deux lits	Illimitée
Convalescence ou réadaptation physique	100 %	Chambre à deux lits	180 jours / période d'hospitalisation

SOINS DE LA VUE

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement Maximum global</u>
Examen de la vue	100 %	75 \$ / 24 mois consécutifs
Lunettes, verres de contact et chirurgie au laser	100 %	300 \$ / 24 mois consécutifs

RÉGIME OR

Assurance santé - Accident/maladie (suite)

SERVICES PARAMÉDICAUX

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Maximum admissible par visite</u>	<u>Maximum admissible par année civile</u>
Acupuncteur	90 %	70 \$	900 \$*
Audiologiste	90 %	70 \$	900 \$*
Chiropraticien	90 %	70 \$	900 \$*
Radiographies par un chiropraticien	90 %	s.o.	25 \$
Diététiste	90 %	70 \$	900 \$*
Ergothérapeute	90 %	70 \$	900 \$*
Homéopathe	90 %	70 \$	900 \$*
Massothérapeute	90 %	70 \$	900 \$*
Naturopathe	90 %	70 \$	900 \$*
Orthophoniste	90 %	70 \$	900 \$*
Ostéopathe	90 %	70 \$	900 \$*
Physiothérapeute	90 %	70 \$	900 \$*
Technicien en réadaptation physique	90 %	70 \$	900 \$*
Thérapeute du sport	90 %	70 \$	900 \$*
Podiatre / pédicure	90 %	70 \$	900 \$*
Psychologue / travailleur social / conseiller en orientation/ psychothérapeute (maximum combiné)	90 %	70 \$	900 \$

* Maximum admissible combiné de 900 \$ par année civile

RÉGIME OR

Assurance santé - Accident/maladie (suite)

FOURNITURES ET SERVICES MÉDICAUX *

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Maximum admissible</u>
Soins infirmiers	90 %	15 000 \$ / année civile
Service ambulancier	90 %	Illimité
Chaussures orthopédiques	90 %	300 \$ / année civile
Orthèses podiatriques	90 %	300 \$ / année civile
Bas de contention	90 %	3 paires / année civile
Prothèses auditives	90 %	500 \$ / 36 mois consécutifs
Stérilet	90 %	500 \$ / année civile
TENS	90 %	700 \$ viager
Glucomètre	90 %	200 \$ - 1 appareil / 36 mois consécutifs
Soins dentaires suite à un accident	90 %	Illimité
Injections sclérosantes	90 %	15 \$/visite et 10 visites/année civile
<u>Prothèses</u>		
• membres artificiels et oeil artificiel	90 %	Illimité
• prothèses capillaires suite à chimiothérapie	90 %	300 \$ / année civile
• prothèses mammaires externe suite à une mastectomie	90 %	500 \$ / année civile
<u>Aides à la mobilité et appareils orthopédiques</u>		
• fauteuil roulant	90 %	1 500 \$ viager
• béquilles, cannes, marchettes, plâtres, bandages herniaires, appareils orthopédiques, collets cervicaux et orthèses	90 %	Illimité
<u>Équipement médical</u>		
• lit d'hôpital	90 %	1 / 5 années civiles
• pompe à insuline	90 %	1 750 \$ / 60 mois consécutifs
• pompes de compression et vibromasseurs	90 %	1 / 5 années civiles
• moniteur d'apnée	90 %	1 / 5 années civiles
• appareils thérapeutiques	90 %	10 000 \$ viager
<u>Tests diagnostiques</u>		
• analyses de laboratoire, rayons X, électrocardiogrammes, tomographies par ordinateur, échographies et imagerie par résonance magnétique (IRM)	90 %	500 \$ / année civile
<u>Autres fournitures et services médicaux *</u>		
• oxygène	90 %	Illimité
• appareils pour l'administration d'oxygène	90 %	1 / 5 années civiles

* voir le texte du contrat pour la liste complète et les particularités de la couverture

TOUS LES RÉGIMES

Assurance santé - Voyage

GÉNÉRALITÉS

Franchise	Aucune
Pourcentage de remboursement	100 %
Exonération des primes	Non
Durée de la protection*	
• moins de 75 ans	Les 180 premiers jours du voyage à l'extérieur de la province de résidence
• 75 ans et plus	Les 60 premiers jours du voyage à l'extérieur de la province de résidence
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent

COUVERTURE VOYAGE

Remboursement maximum

Garantie Médico-hospitalière d'urgence	2 000 000 \$ par assuré par événement**
Assistance voyage	Oui
Patients dirigés hors Canada***	500 000 \$ par assuré, à vie

*La durée de la protection est déterminée par rapport à l'âge de l'assuré à la date du départ. De plus, l'assuré doit en tout temps demeurer assuré par la Régie de l'assurance maladie de sa province de résidence.

**Événement : Une occurrence isolée de cas d'urgence.

*** Autorisation préalable requise.

À noter : Si votre voyage excède la limite de jours couverte en vertu de la présente garantie, nous vous recommandons fortement de souscrire avant votre départ une assurance individuelle d'assurance voyage pour les journées excédentaires qui ne seront pas couvertes en vertu de cette garantie

RÉGIME BRONZE

Assurance soins dentaires – Non couverte

GÉNÉRALITÉS

Franchise	S.O.
Guide des tarifs	S.O.
Examens de rappel	S.O.
Exonération des primes	S.O.
Fin de la garantie	S.O.

CATÉGORIES DE SOINS DENTAIRES

	<u>Pourcentage du remboursement</u>	<u>Remboursement maximum global</u>
Soins préventifs et soins de base	S.O.	S.O.
Soins de restauration majeure	S.O.	S.O.
Soins orthodontiques pour enfants à charge (de 6 à 18 ans inclusivement)	S.O.	S.O.

RÉGIME ARGENT

Assurance soins dentaires

GÉNÉRALITÉS

Franchise*	50 \$ par assuré, maximum 100 \$ par famille, par année civile
Guide des tarifs	Année précédente
Examens de rappel	1 par 9 mois consécutifs
Exonération des primes	Non
Fin de la garantie	Retraite

* Les frais admissibles engagés au cours des trois derniers mois de l'année civile et qui n'ont pas été utilisés parce que la franchise pour l'année n'avait pas été atteinte peuvent servir à réduire la franchise de l'année civile suivante.

CATÉGORIES DE SOINS DENTAIRES

	<u>Pourcentage du remboursement</u>	<u>Remboursement maximum global</u>
Soins préventifs et soins de base	80 %	1 250 \$ / année civile
Soins de restauration majeure	s.o.	s.o.
Soins orthodontiques pour enfants à charge (de 6 à 18 ans inclusivement)	s.o.	s.o.

RÉGIME OR

Assurance soins dentaires

GÉNÉRALITÉS

Franchise*	50 \$ par assuré, maximum 100 \$ par famille, par année civile
Guide des tarifs	Année précédente
Examens de rappel	1 par 9 mois consécutifs
Exonération des primes	Non
Fin de la garantie	Retraite

* Les frais admissibles engagés au cours des trois derniers mois de l'année civile et qui n'ont pas été utilisés parce que la franchise pour l'année n'avait pas été atteinte peuvent servir à réduire la franchise de l'année civile suivante.

CATÉGORIES DE SOINS DENTAIRES

	<u>Pourcentage du remboursement</u>	<u>Remboursement maximum</u>
Soins préventifs et soins de base	90 %	2 000 \$ / année civile*
Soins de restauration majeure	50 %	2 000\$ / année civile*
Soins orthodontiques pour enfants à charge (de 6 à 18 ans inclusivement)	50 %	2 000 \$ à vie

* Remboursement maximum global de 2 000 \$ par année civile

Votre régime d'assurance collective en bref

Votre employeur est heureux de mettre à votre disposition un programme d'assurance collective qui vous offre, à vous et à votre famille, une sécurité médicale et financière. Ce programme vous est offert par l'entremise de Medavie inc. et La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, ci-après appelées « assureur ».

Les différentes sections d'information reprennent, sous une forme simplifiée, les dispositions du contrat intervenu entre votre employeur et l'assureur. Vous trouverez dans la présente section des renseignements sur l'admissibilité et la participation au régime d'assurance, ainsi que l'information dont vous avez besoin pour utiliser la protection qui vous est offerte de façon optimale afin d'assurer votre sécurité et celle de votre famille.

Cette brochure et votre certificat d'assurance contiennent des renseignements importants. Veuillez donc les conserver dans un endroit sûr.

Lorsque la loi l'exige, vous avez le droit de recevoir une copie détaillée de la partie du contrat d'assurance collective qui concerne votre protection, une copie de votre demande d'adhésion et toute déclaration écrite ou tout rapport fournis à la Compagnie qui atteste de votre état de santé. Vous pouvez également recevoir, dans un délai raisonnable, une copie du contrat contenant les garanties assurées. La première copie est gratuite. Des frais peuvent vous être demandés pour les copies suivantes. Toutes les demandes de copies de documents doivent être adressées à Croix Bleue Medavie.

Enfin, veuillez noter que dans cette brochure, le masculin est utilisé sans discrimination et uniquement dans le but d'en faciliter la lecture.

Mon adhésion au régime d'assurance collective est-elle obligatoire?

Oui. Vous devez adhérer à toutes les garanties d'assurance auxquelles vous êtes admissible en vertu de la catégorie d'adhérents à laquelle vous appartenez, en tenant compte également de votre statut familial.

Toutefois, vous pouvez obtenir **une exemption** pour la garantie d'assurance santé et la garantie d'assurance soins dentaires si vous démontrez à l'assureur que vous et vos personnes à charge êtes couverts en vertu du régime de votre conjoint. Si cette autre assurance se termine de façon **involontaire**, vous et vos personnes à charge redevenez admissibles au présent régime. Vous devez alors en faire la demande **dans les 31 jours** de la fin de l'autre assurance.

Quand devenez-vous admissible à l'assurance collective?

À titre d'employé permanent, vous êtes admissible à la protection d'assurance collective dès que vous complétez le délai d'admission mentionné au Sommaire des garanties. Pour participer au régime, vous devez remplir les formulaires d'assurance qui vous sont remis au moment où vous devenez admissible aux différents régimes.

Vos personnes à charge sont assurées à compter de la date à laquelle vous devenez assuré, ou, ultérieurement, à compter de la date à laquelle elles deviennent vos personnes à charge.

Quelles sont les personnes à charge admissibles?

Vos personnes à charge admissibles sont :

- Votre **conjoint**, qui est la personne avec laquelle vous êtes marié, ou la personne que vous présentez comme votre conjoint et avec laquelle vous habitez depuis au moins un an, cette période d'un an n'étant pas applicable si un enfant est né de votre union.

Votre conjoint est celui qui est désigné sur votre demande d'adhésion et il demeure couvert par la suite, sauf s'il y a dissolution du mariage par divorce ou annulation ou si, en raison de l'échec de votre union, vous et votre conjoint de fait vivez séparément durant au moins **90 jours consécutifs**.

- Vos **enfants** célibataires entièrement à votre charge et
 - âgés de moins de 21 ans, ou
 - âgés de moins de 26 ans, s'ils sont étudiants dûment inscrits à temps plein dans un établissement dispensant un enseignement de l'ordre secondaire, collégial ou universitaire;
 - sans égard à l'âge, s'ils habitent avec vous et ont une déficience physique ou mentale permanente, survenue avant l'âge de 18 ans (ou 26 ans s'ils étaient étudiants) et ne reçoivent aucune allocation en vertu de la Loi sur la sécurité du revenu.

À noter : Pour l'**assurance vie de base des personnes à charge**, l'enfant doit être âgé d'au moins 24 heures.

Dois-je présenter une preuve d'assurabilité?

Vous devez présenter une preuve d'assurabilité

- pour tout montant d'assurance qui dépasse le montant sans preuve d'assurabilité indiqué au Sommaire des garanties;
- pour adhérer à l'assurance vie facultative ou pour en augmenter la protection à une date ultérieure;
- si votre demande d'adhésion ou celle de vos personnes à charge est présentée à l'assureur plus de 31 jours après la date d'admissibilité.

Quelle est la protection par défaut?

Si aucun choix de régime n'est effectué dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle vous devenez admissible, le Régime Argent vous sera attribué par défaut, et vous devrez le conserver jusqu'à la prochaine période d'adhésion.

Quelles sont les règles de modification des protections durant la période d'adhésion?

Vous pouvez modifier votre choix de régime et de statut le 1^{er} janvier à tous les 2 ans, et ce, à partir du 1^{er} janvier 2022. Votre changement de régime doit être signifié à l'assureur dans les 31 jours précédant cette date.

Pendant cette période d'adhésion et à la condition que vous ne soyez pas totalement invalide ou que vous ne bénéficiiez pas du régime de continuation de salaire de l'employeur, vous pouvez modifier votre choix de régime et de statut, sous réserve des restrictions qui peuvent s'appliquer. Vous devrez conserver ce régime jusqu'à la prochaine période d'adhésion (ou avant cette date lorsque survient un des événements de vie mentionnés ci-dessous).

Lors d'une demande de changement de régime, vous pourrez modifier votre choix de régime mais d'un seul niveau à la fois. Les régimes peuvent donc être modifiés comme suit :

Garantie	Protection en vigueur	Protection demandée
Assurance santé - Médicaments	Régime Bronze	Régime Argent
	Régime Argent	Régime Bronze ou Or
	Régime Or	Régime Argent
Assurance santé - Accident/maladie	Régime Bronze	Régime Argent
	Régime Argent	Régime Bronze ou Or
	Régime Or	Régime Argent
Assurance soins dentaires	Régime Bronze	Régime Argent
	Régime Argent	Régime Bronze ou Or
	Régime Or	Régime Argent

Vous avez le choix des statuts suivants :

- Exempté (si l'adhérent est couvert en vertu de l'assurance collective de son conjoint)
- Individuel
- Monoparental
- Couple
- Familial

Le statut de protection doit être le même pour la Garantie d'assurance santé (assurance médicaments, assurance accident/maladie et assurance voyage).

Événements de vie : Vous pouvez revoir vos choix (régime et statut) avant la période minimale de 2 ans si l'un des événements de vie suivants survient (les règles ci-dessus s'appliquent) :

- mariage ou admissibilité de votre conjoint de fait,
- séparation, divorce ou fin d'une union de fait,
- naissance ou adoption de votre premier enfant,
- décès d'une personne à charge,
- le dernier enfant à charge cesse d'être admissible ou un des enfants de plus de 21 ans (mais de moins de 26 ans) retourne aux études à temps plein alors qu'il n'y avait plus d'enfants admissibles,
- votre conjoint acquiert ou perd le droit d'adhérer au régime collectif de son employeur.

Vous disposez de 31 jours pour effectuer le changement. Une fois les 31 jours écoulés, vous devrez attendre la prochaine période d'adhésion pour modifier vos choix et pour que toute personne nouvellement à votre charge soit couverte.

Passé ce délai de 31 jours, au Québec, et conformément à la législation applicable, vous et vos personnes à charge en retard se voient toute de même accorder une couverture d'assurance santé selon les dispositions du contrat.

Si vous n'êtes pas apte au travail à la date où votre changement de régime aurait pris effet, le changement ne prend effet qu'à la date où vous redevenez apte au travail.

RETOUR À LA PARTICIPATION À LA FIN D'UNE EXEMPTION (GARANTIE D'ASSURANCE SANTÉ ET GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES)

Si vous étiez exempté de ces couvertures, vous redevenez admissible à l'un ou l'autre des régimes (Bronze, Argent ou Or), selon votre choix, à la date à laquelle prennent fin, de façon involontaire de votre part ou de votre conjoint, les garanties comparables ayant donné droit à l'exemption. Vous devez vous inscrire dans les 31 jours suivant la date de cessation de ces couvertures.

Comment devez-vous présenter les demandes de règlement?

Assurance santé - Hospitalisation

Si vous ou l'une de vos personnes à charge êtes hospitalisé, il vous suffit de présenter votre certificat d'assurance à l'hôpital au moment de l'admission. La demande sera directement acheminée aux bureaux de l'assureur par l'hôpital.

Assurance santé - Médicaments

Cette garantie comporte un mode de paiement direct par l'intermédiaire de la carte-médicaments CROIX BLEUE. Vous devez présenter votre carte au pharmacien et vous ne paierez alors que 5 \$ par médicament prescrit, de même que votre coassurance.

Vous n'avez donc aucune demande de règlement à présenter à l'assureur.

Assurance santé - Accident/maladie

Remplissez le formulaire de demande de règlement, joignez-y les originaux de vos reçus et faites parvenir le tout à l'assureur.

La demande de règlement dûment remplie doit être envoyée à l'assureur au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Référez-vous à votre formulaire de demande de règlement pour connaître l'adresse de la Croix Bleue locale où vous devez faire parvenir votre demande, ou communiquez avec le service à la clientèle au 1-888-873-9200.

Assurance santé - Voyage

Vous devez obtenir des factures détaillées pour les services que vous avez reçus (hospitaliers, médicaux ou autres) et présenter à l'assureur un certificat du médecin traitant attestant que les services faisant l'objet de la demande de règlement ont été rendus. L'assureur s'occupera de demander au régime gouvernemental concerné le remboursement de la partie des frais payables par ce dernier.

La demande de règlement dûment remplie doit parvenir à l'assureur au plus tard 4 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

L'assureur accepte tout de même les demandes de règlement qui sont soumises après le 4^e mois, sans excéder les 12 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés. Cependant, ces demandes de règlement peuvent être réduites de tout montant qui aurait pu être coordonné avec le régime de santé gouvernemental de l'assuré si la demande avait été soumise pendant la période de 4 mois précitée.

Assurance soins dentaires

Le traitement de la demande de règlement s'effectue électroniquement par l'intermédiaire du réseau CDAnet. Vous devez présenter votre certificat d'assurance à votre dentiste lors de vos visites. Deux modes de remboursement sont alors possibles selon le choix de votre dentiste :

- vous ne payez que votre franchise et votre coassurance (s'il y a lieu) et l'excédent des frais est payé au dentiste directement par l'assureur; ou
- vous payez au dentiste la somme totale exigée et vous recevez dans les jours qui suivent la portion des frais remboursables par votre régime.

Si toutefois votre dentiste ne peut utiliser le système électronique de transaction, il vous faut alors remplir un formulaire de demande de règlement pour soins dentaires et le soumettre à l'assureur. La demande de règlement dûment remplie doit être envoyée à l'assureur au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Référez-vous à votre formulaire de demande de règlement pour connaître l'adresse de la Croix Bleue locale où vous devez faire parvenir votre demande, ou communiquez avec le service à la clientèle au 1-888-873-9200.

Application mobile

Vous pouvez soumettre vos demandes de règlement à l'aide de l'application mobile Medavie et recevoir votre remboursement directement dans votre compte bancaire.

Visitez www.medavie.croixbleue.ca/application pour obtenir plus d'information ou pour télécharger l'application.

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE, VEUILLEZ VOUS ADRESSER AU SERVICE À LA CLIENTÈLE DE CROIX BLEUE MEDAVIE AU NUMÉRO SUIVANT :

1-888-873-9200

UN PORTAIL INTERNET EST ÉGALEMENT DISPONIBLE POUR VOTRE PROGRAMME D'ASSURANCE COLLECTIVE, À L'ADRESSE SUIVANTE :

www.medavie.croixbleue.ca

CHOISISSEZ « OUVRIR UNE SESSION » ET AYEZ EN MAIN VOTRE CARTE D'IDENTIFICATION DE CROIX BLEUE (CARTE-MÉDICAMENTS) AFIN DE VOUS INSCRIRE AU PORTAIL.

À noter : Aux fins des différentes garanties de votre régime d'assurance collective, vous et vos personnes à charge êtes considérés comme étant assurés en vertu des lois sur l'assurance-hospitalisation et sur l'assurance-maladie de votre province de résidence, et en aucun cas les sommes versées par l'assureur ne dépasseront celles qui l'auraient été si l'assuré avait été assuré en vertu de ces lois, sauf stipulation contraire.

Qui a accès aux renseignements confidentiels à mon sujet?

Les renseignements personnels qui seront transmis à l'assureur seront conservés dans votre dossier d'assurance auprès de Medavie inc. et La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada. Ces renseignements serviront uniquement à traiter vos demandes de règlement. Seuls les employés ou mandataires dûment autorisés par l'assureur auront accès à vos renseignements personnels dans la pratique courante de l'entreprise.

Sur demande écrite et avec un préavis de 30 jours, vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements contenus dans votre dossier et, s'il y a lieu, de demander une rectification selon les dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*.

Assurance vie

Le régime d'assurance vie vous offre, à un coût avantageux, une protection qui vous permet d'obtenir les montants d'assurance vie dont vous avez besoin pour répondre à vos besoins et à ceux de vos personnes à charge.

Assurance vie de base

Le montant assurable est indiqué au Sommaire des garanties.

La réduction de la protection d'assurance vie de base est indiquée au Sommaire des garanties. La protection prend fin à la cessation d'emploi, à la retraite ou lorsque vous atteignez l'âge mentionné dans le Sommaire des garanties, s'il y a lieu, selon la première échéance.

Assurance vie de base des personnes à charge

Si vous détenez une protection familiale, vos personnes à charge sont également assurées. Leur montant d'assurance vie est indiqué au Sommaire des garanties.

La protection des personnes à charge prend fin à la date à laquelle votre propre protection prend fin ou au moment où elles cessent d'être admissibles à titre de personnes à charge, selon la première échéance.

Assurance vie facultative

Vous pouvez souscrire un montant d'assurance vie facultative par tranches de 10 000 \$, selon les modalités décrites au Sommaire des garanties.

Pour votre conjoint, le montant est un multiple de 10 000 \$, selon les modalités décrites au Sommaire des garanties.

Pour vos enfants, le montant est un multiple de 5 000 \$, selon les modalités décrites au Sommaire des garanties.

Votre protection d'assurance vie facultative, ainsi que celle de vos personnes à charge, prend fin à votre cessation d'emploi, à la date de votre retraite ou lorsque vous atteignez l'âge de **70 ans**, selon la première échéance.

L'assurance de votre conjoint se termine également pour lui-même s'il atteint l'âge de **70 ans** avant vous.

Prestation pour maladie en phase terminale

Si l'on diagnostique chez vous une maladie en phase terminale susceptible d'entraîner votre décès en moins de 24 mois, une prestation anticipée équivalant au moindre de 100 000 \$ ou de **50 %** du montant de votre Assurance vie de base peut être prélevée sur votre capital-décès et vous être versée. Vous pouvez utiliser cette somme comme vous l'entendez.

Le médecin traitant doit présenter à l'assureur un certificat médical satisfaisant et vous devez répondre aux critères requis pour être admissible à l'exonération des primes faisant partie de certaines garanties du contrat. Il est également convenu que la prestation de décès anticipée sera déduite du montant d'assurance vie de base qui sera versé à votre bénéficiaire au moment de votre décès.

Versement des indemnités

En cas de décès, l'assureur versera le montant de votre assurance vie de base et de votre assurance vie facultative, s'il y a lieu, à votre bénéficiaire désigné. C'est vous qui êtes le bénéficiaire de l'assurance vie de vos personnes à charge.

À noter : Votre désignation de bénéficiaire pour la garantie vie du contrat antérieur a été transférée dans le présent régime.

Exclusion : suicide (applicable à l'assurance vie facultative seulement)

Si vous décédez des suites d'un suicide, ou d'une tentative de suicide au cours des **24 mois** qui suivent l'entrée en vigueur de **l'assurance vie facultative ou de toute augmentation du montant d'assurance vie facultative**, l'assurance ou l'augmentation de cette assurance ne sera pas payée. Dans ce cas, la responsabilité de l'assureur sera limitée au remboursement des primes versées.

Droit de transformation

Si votre assurance vie se termine pour l'un des motifs énumérés ci-dessous, qui se produisent **à votre 65^e anniversaire de naissance ou avant cette date**, vous pouvez demander, dans **les 31 jours** suivant la fin de votre assurance, de transformer votre couverture d'assurance vie collective en assurance individuelle, sans avoir à présenter aucune preuve d'assurabilité, sous réserve des dispositions mentionnées ci-dessous pour les adhérents du Québec et hors Québec.

Les motifs de transformation sont les suivants : votre départ à la retraite, la fin de votre emploi ou de votre appartenance au groupe, la résiliation du contrat d'assurance ou la résiliation de l'assurance de la catégorie d'adhérents à laquelle vous appartenez.

Le droit de transformation s'applique également aux réductions prévues ou à la fin des garanties qui se produisent à des âges précis, sans toutefois excéder l'âge de 65 ans.

La transformation est assujettie aux conditions du contrat et la prime de l'assurance individuelle sera calculée selon l'échelle en vigueur chez l'assureur à la date à laquelle l'assurance individuelle doit entrer en vigueur, selon le montant de l'assurance, votre âge et la catégorie de risques à laquelle vous appartenez à ce moment.

Montant d'assurance vie qui peut être transformé

1. Si vous résidez au Québec

Le montant d'assurance vie transformé pour vous-même doit être d'au moins **10 000 \$** et ne peut excéder **le plus petit des montants suivants** :

- a) votre montant total d'assurance vie (incluant votre assurance vie facultative, s'il y a lieu) qui se termine dans votre régime d'assurance collective; ou
- b) 400 000 \$.

Votre **conjoint et vos enfants à charge** peuvent également demander la transformation de leur assurance collective en assurance individuelle, dans les 31 jours de la fin de leur assurance pour un des motifs décrits ci-dessus, ou dans les 31 jours suivant la date à laquelle votre conjoint ou vos enfants cessent de répondre à la définition de personne à charge admissible dans votre régime d'assurance collective.

Le montant d'assurance vie transformé pour chacune des personnes à charge doit être **d'au moins 5 000 \$** et ne doit pas dépasser le moindre de leur montant total d'assurance vie collective à la date de résiliation et 400 000 \$.

2. Si vous résidez hors Québec

Le montant d'assurance vie transformé ne peut excéder **le plus petit des montants suivants** :

- a) votre montant total d'assurance vie (incluant votre assurance vie facultative, s'il y a lieu) qui se termine dans votre régime d'assurance collective; ou
- b) 200 000 \$.

Votre **conjoint** peut également demander la transformation de son assurance collective en assurance individuelle, dans les 31 jours de la fin de votre propre assurance pour un des motifs décrits ci-dessus, ou dans les 31 jours suivant la date à laquelle il cesse de répondre à la définition de conjoint admissible dans votre régime d'assurance collective.

Le montant d'assurance vie transformé pour votre conjoint ne doit pas dépasser le moindre de son montant total d'assurance vie collective à la date de la résiliation, ou 200 000 \$.

Le droit de transformation ne s'applique pas à l'assurance des enfants à charge.

Assurance facultative de décès et mutilation par accident (DMA)

Si, à la suite d'un accident, l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge perd la vie, tombe dans le coma ou subit une autre perte définie dans la présente garantie, l'assureur verse un pourcentage du montant de protection en vigueur pour l'assuré au moment où se produit l'événement, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Définitions additionnelles

Coma ou état comateux : État d'inconscience avec absence de réaction à des stimuli externes ou de réponse aux besoins internes et qui persiste pendant une période continue d'au moins 30 jours.

Hémiplégie : Paralysie totale et irrémédiable des membres supérieur et inférieur d'un côté du corps.

Perte : Une perte mentionnée dans le tableau des prestations.

Perte d'un bras : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation du coude.

Perte d'un doigt : Perte complète de deux phalanges entières.

Perte d'un pied : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation de la cheville, mais sous l'articulation du genou.

Perte d'une main : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation du poignet, mais sous l'articulation du coude.

Perte de l'ouïe, de la vue ou de la parole : Perte totale et irrémédiable de l'ouïe, de la vue ou de la parole, attestée par un médecin.

Perte d'une jambe : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation du genou.

Perte d'un pouce : Perte complète d'une phalange entière du pouce.

Perte d'un orteil : Perte complète d'une phalange entière du gros orteil ou de toutes les phalanges de tout autre orteil.

Perte de l'usage : Perte totale et irrémédiable de l'usage d'un membre pour une période d'au moins 12 mois.

Quadriplégie : Paralysie totale et irrémédiable des membres supérieurs et des membres inférieurs du corps.

Paraplégie : Paralysie totale et irrémédiable des deux membres inférieurs du corps.

Protection

Pour être couverte en vertu de la présente garantie, une perte doit :

- résulter d'un accident qui se produit pendant que l'adhérent ou une personne à charge est couvert en vertu de la présente garantie; et
- se produire dans les 365 jours suivant la date de cet accident.

Un adhérent ou une personne à charge est considéré comme ayant perdu la vie en raison d'un accident si son décès est causé par une noyade accidentelle.

Ce qui est couvert

Tableau des prestations

Dans le cas d'une perte, l'assureur verse un montant équivalant au pourcentage applicable du montant de protection en vigueur pour l'assuré au moment où se produit l'événement, conformément au tableau ci-dessous.

Perte	Pourcentage de la protection
de la vie	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
des deux bras ou des deux jambes	100 %
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 %
de la vue des deux yeux	100 %
de la vue d'un œil et d'une main	100 %
de la vue d'un œil et d'un pied	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras et d'une jambe	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	66 2/3 %
de la vue d'un œil	66 2/3 %
de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	50 %
du pouce et de l'index d'une main	33 1/3 %
d'au moins quatre doigts d'une même main	33 1/3 %
de l'ouïe d'une oreille	16 2/3 %
de tous les orteils d'un même pied	12 1/2 %
Paralysie	
quadriplégie	200 %
hémip légie	200 %
parap légie	200 %

Perte de l'usage

des deux bras ou des deux jambes	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras et d'une jambe	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	66 2/3 %

Indemnités supplémentaires

L'assureur couvre également les indemnités supplémentaires suivantes :

Indemnité en cas de coma

Si l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge tombe dans le coma en raison d'un accident, l'assureur verse une prestation mensuelle équivalant à 1 % du montant de protection en vigueur pour l'assuré dans le Sommaire des garanties.

Pour que les prestations soient payables, le coma doit être survenu dans les 30 jours suivant l'accident et il doit avoir persisté sans interruption pendant au moins 30 jours. Les prestations sont alors payables tant que l'adhérent ou la personne à charge est dans le coma, ou jusqu'à ce que le montant de protection soit payé en entier, selon la première éventualité.

Exposition et disparition

Si un adhérent ou une personne à charge est inévitablement exposé aux éléments et qu'en raison de cette exposition et dans les 365 jours suivant l'exposition, il subit une perte, cette perte est considérée comme résultant d'un accident.

Un adhérent ou une personne à charge est considéré comme ayant perdu la vie en raison d'un accident si :

- l'adhérent ou la personne à charge disparaît en raison de la destruction accidentelle, du naufrage ou de la disparition d'un véhicule; et
- son corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours suivant l'accident (sauf s'il y a des preuves du contraire qui suggèrent que l'adhérent ou la personne à charge est toujours en vie).

Retour de la dépouille

Si des prestations sont payables pour une perte de la vie qui se produit à une distance d'au moins 150 kilomètres de la résidence de l'adhérent ou de la personne à charge, l'assureur paie les frais engagés pour :

- la préparation de la dépouille en vue de l'enterrement ou de l'incinération; et

- les frais de transport de la dépouille au lieu de l'enterrement ou de l'incinération, ou les frais d'enterrement ou d'incinération à l'endroit même du décès.

La prestation maximale pour tous les frais couverts en vertu de cette clause est de 10 000 \$. Les montants payables sont versés à la personne, qui de l'avis de l'assureur, semble avoir droit à la prestation, en raison du fait qu'elle a engagé des frais mentionnés ci-dessus.

À la réception d'une preuve écrite des frais prévus, l'assureur peut également faire un paiement anticipé, à condition que le preneur confirme à l'assureur :

- le nom de l'adhérent ou de la personne à charge, la date et la cause du décès; et
- que l'adhérent ou la personne à charge était admissible à la présente garantie à la date de son décès.

Exclusion : le coût du cercueil.

Indemnité en cas de réadaptation

Si des prestations sont payables à l'adhérent en raison d'une perte, l'assureur paie aussi les frais jugés raisonnables et nécessaires engagés par l'adhérent pour un programme de formation spécifique, à condition que :

- ces frais soient engagés dans les 3 ans suivant la date de l'accident; et
- la réadaptation soit requise :
 - en raison de la perte subie; ou
 - afin de permettre à l'adhérent de faire un travail pour lequel il n'était pas qualifié avant la perte.

Le maximum de frais payables par l'assureur, en vertu de cette clause, est de 10 000 \$.

Exclusion : les frais de déplacement, d'habillement ou pour subvenir aux besoins de la vie courante.

Formation professionnelle du conjoint

Si la prestation est versée en raison de la perte de la vie de l'adhérent, l'assureur paie aussi les frais jugés raisonnables et nécessaires engagés par son conjoint pour un programme de formation, à condition que :

- le conjoint prenne part au programme dans le but d'entrer sur le marché du travail dans un emploi pour lequel il n'aurait pas été qualifié autrement; et
- les frais soient engagés dans les 3 ans suivant le décès de l'adhérent.

Le maximum de frais payables par l'assureur, en vertu de cette clause, est de 10 000 \$.

Exclusion : les frais de déplacement, d'habillement ou pour subvenir aux besoins de la vie courante.

Frais d'études pour les enfants

Si la prestation est versée en raison de la perte de la vie de l'adhérent, l'assureur paie les frais de scolarité ainsi que les frais jugés raisonnables et nécessaires engagés pour chaque enfant inscrit dans une institution d'éducation postsecondaire, à condition que l'inscription soit :

- à temps plein; et
- en vigueur au moment du décès de l'adhérent ou qu'elle ait lieu dans les 365 jours suivant son décès.

Le maximum payable par enfant est le moindre parmi les montants suivants :

- 5 % du montant de la protection de l'adhérent mentionné dans le Sommaire des garanties;
- les frais admissibles réellement engagés; ou
- 5 000 \$ pour chaque année d'études postsecondaires à temps plein, jusqu'à un maximum de 5 années ou jusqu'au 25^e anniversaire de naissance de l'enfant, selon la première éventualité.

Payable sous forme de versements annuels, le montant est versé à l'enfant (s'il a 18 ans et plus) ou au parent survivant ou au tuteur légal de l'enfant (si l'enfant a moins de 18 ans). Chaque versement se fait à la réception, par l'assureur, d'une preuve écrite de l'inscription et des frais engagés.

Exclusion : les frais de déplacement, d'habillement, de logement ou pour subvenir aux besoins de la vie courante.

Indemnité de voyage pour la famille

Si l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge est confiné dans un hôpital situé à plus de 150 kilomètres de son lieu de résidence habituel, en raison :

- d'une perte ou d'un coma; ou
- d'une maladie ou d'une blessure non mentionnée dans le tableau des prestations, mais qui requiert une hospitalisation d'au moins 4 jours.

L'assureur paie les frais raisonnables et nécessaires pour le déplacement et l'hébergement de 1 ou plusieurs membres de la famille à l'endroit où l'adhérent ou la personne à charge est hospitalisé.

Le maximum payable en vertu de cette clause est le moindre parmi les montants suivants :

- les frais réellement engagés pour l'hébergement et le transport; ou
- 3 000 \$.

Si un véhicule personnel est utilisé au lieu d'un moyen de transport public, un tarif de 0,35 \$ du kilomètre est alors applicable.

Indemnité en cas de décès simultanés

Si l'adhérent et son conjoint décèdent en raison d'un même accident et dans les 90 jours suivant cet accident, le montant payable pour la perte de la vie du conjoint augmente afin qu'il soit équivalent au montant payable pour la perte de la vie de l'adhérent.

Prolongation de la couverture pour la famille

Si, en vertu de la présente garantie, la prestation est payable en raison de la perte de la vie de l'adhérent, la protection en vigueur pour toute personne à charge de l'adhérent couverte en vertu de la présente garantie est automatiquement prolongée pour une période de 6 mois, sans paiement de primes.

Versement de la prestation

Bénéficiaire

En cas de perte de la vie de l'adhérent, l'assureur verse la prestation directement au bénéficiaire de ce dernier. Pour toute autre perte ou tout coma, la prestation est versée à l'adhérent.

Si une personne à charge subit une perte ou tombe dans le coma, les prestations sont versées à l'adhérent.

Maximum payable

Le montant total payable pour une ou plusieurs pertes ou en cas de coma, qui résultent du même accident ne peut dépasser 100 % du montant de protection mentionné dans le Sommaire des garanties, sauf en cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie qui sont payables à 200 %.

L'assureur verse un seul montant, le plus élevé qui s'applique, pour des blessures à un même membre et qui résultent du même accident.

Si l'adhérent est également couvert en vertu de la Garantie Décès et mutilation par accident de l'adhérent, le montant maximum global payable en vertu de la présente garantie et de la Garantie Décès et mutilation par accident de l'adhérent se limite aux montants suivants :

- Retour de la dépouille – prestation totale de 10 000 \$;
- Indemnité en cas de réadaptation – prestation totale de 10 000 \$;
- Formation professionnelle du conjoint – prestation totale de 10 000 \$;
- Frais d'études pour les enfants – prestation totale de 5 000 \$ par année, pour un maximum de 5 années;
- Indemnité de voyage pour la famille – prestation totale de 3 000 \$.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à l'assureur dès que raisonnablement possible et au plus tard 12 mois après la perte.

Exclusions et réductions

L'assureur ne verse aucune prestation en cas de perte ou de coma résultant directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :

- a) traitement médical ou chirurgical, ou maladie ou affection de toute sorte, autre qu'une infection septicémique causée par une blessure résultant d'un accident;
- b) suicide, tentative de suicide ou blessure ou maladie que l'adhérent ou la personne à charge s'inflige ou contracte volontairement;
- c) absorption volontaire de poison ou de drogue;
- d) inhalation de gaz, sauf si une commission de la santé et de la sécurité du travail juge que l'inhalation est accidentelle;
- e) accident ou blessure survenus lors de la participation à un acte criminel ou la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
- f) insurrection, guerre (déclarée ou non), hostilité des forces armées de tout pays ou participation à une émeute ou à un affrontement public;
- g) blessure subie lors de l'envolée ou de la tentative d'envolée d'un avion ou de tout autre type d'aéronef si l'adhérent ou la personne à charge est membre de l'équipage ou s'il exerce une fonction quelconque liée au vol; ou
- h) accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute substance intoxicante ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident.

Droit de transformation

Admissibilité à la transformation

Si la Garantie d'assurance facultative de décès et mutilation par accident de l'adhérent prend fin à son 65e anniversaire de naissance ou avant cette date, en raison de son départ à la retraite, la fin de son emploi ou la cessation de la couverture collective ou de la catégorie d'adhérents à laquelle il appartient, l'adhérent a le droit de souscrire une police d'assurance décès et mutilation par accident individuelle auprès de l'assureur.

À son 65e anniversaire de naissance ou avant cette date, un conjoint a le droit de souscrire une police d'assurance décès et mutilation par accident individuelle auprès de l'assureur si sa Garantie d'assurance facultative de décès et mutilation par accident prend fin ou est réduite pour toute autre raison qu'une requête de l'adhérent.

Modalités de la police individuelle

La police individuelle émise en vertu de ce droit de transformation est assujettie aux conditions suivantes :

- Vous devez, dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle votre couverture prend fin :
 - remettre à l'assureur le formulaire à cet effet, dûment rempli; et
 - verser à l'assureur la totalité de la prime initiale requise, selon la méthode de versement indiquée par l'assureur;
- l'assurance individuelle est émise sans qu'une preuve d'assurabilité ne soit requise;
- la prime de cette assurance individuelle est établie selon les taux de police d'assurance individuelle en vigueur chez l'assureur à la date de l'adhésion, en tenant compte du sexe de l'assuré et de son âge;
- la police d'assurance individuelle est assujettie aux montants minimaux et maximaux, ainsi qu'à toutes autres modalités spécifiques mentionnées ci-dessous.

Cette police est également assujettie aux modalités spécifiques suivantes :

- pendant la période de 31 jours au cours de laquelle le droit de transformation peut être exercé, le montant de la protection disponible en vertu de ce droit de transformation est en vigueur, sans frais;
- la protection en vertu de la police d'assurance décès et mutilation par accident individuelle entre en vigueur 31 jours après la date de fin de la couverture collective;
- la police d'assurance décès et mutilation par accident individuelle ne comprend aucune garantie invalidité, ni aucune autre garantie supplémentaire;
- le montant de protection de la police d'assurance décès et mutilation par accident individuelle ne peut être inférieur au montant minimum normalement émis par l'assureur pour le type de police choisi;
- le montant maximum de protection offert en vertu de la police d'assurance Décès et mutilation par accident individuelle est le moindre des montants suivants :
 - 200 000 \$ et la somme du montant de la Garantie d'assurance Décès et mutilation par accident et du montant de la Garantie d'assurance facultative de décès et mutilation par accident de l'adhérent en vigueur à la date de fin de la Garantie d'assurance facultative de décès et mutilation par accident; et

- 200 000 \$ et le montant de la Garantie d'assurance de décès et mutilation par accident du conjoint en vigueur à la date de fin de la Garantie facultative de décès et mutilation par accident.

Fin de la protection

La protection d'assurance facultative de décès et mutilation par accident prend fin pour vous et vos personnes à charge à votre cessation d'emploi, à votre retraite ou lorsque vous atteignez l'âge mentionné dans le Sommaire des garanties, selon la première échéance.

La protection pour votre conjoint prend aussi fin lorsqu'il atteint lui-même l'âge mentionné dans le Sommaire des garanties.

Assurance facultative pour maladies graves (étendue)

Sur présentation d'une preuve médicale satisfaisante démontrant que l'assuré souffre d'une maladie grave admissible décrite dans la présente garantie, l'assureur paie le montant mentionné dans le Sommaire des garanties, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous. S'il y a une modification à la Garantie d'assurance pour maladies graves, la couverture en vigueur au moment où la maladie grave admissible a été diagnostiquée s'applique à toutes les demandes de règlement en lien avec cette maladie admissible.

L'assurance facultative pour maladies graves (étendue) offre une somme forfaitaire en argent qui est versée peu importe votre capacité à travailler ou vos dépenses. Il n'y a aucune restriction sur la façon dont l'argent est utilisé.

Par exemple, vous pouvez utiliser cet argent pour :

- payer le déplacement de vos amis ou des membres de votre famille afin qu'ils puissent vous rendre visite lorsque vous en avez besoin;
- rembourser des dettes; ou
- rénover votre domicile afin de l'adapter à vos nouvelles limitations physiques.

Montant de la garantie

Le montant de la garantie est égal au montant de la Garantie d'assurance facultative pour maladies graves (étendue) choisi par l'adhérent ou la personne à charge, jusqu'à concurrence du montant maximum mentionné dans le Sommaire des garanties.

Définitions spécifiques

Activités de la vie quotidienne : Les 6 activités suivantes :

- se laver : se laver dans une baignoire, sous la douche ou avec un gant de toilette;
- se vêtir : mettre ou retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux;
- se servir des toilettes : aller aux toilettes et en revenir, et assurer son hygiène personnelle complète;
- être continent : gérer les fonctions urinaires et intestinales avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver son hygiène personnelle;
- se mouvoir : se lever du lit, se coucher, s'asseoir et se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant; et
- se nourrir : consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies.

Conditions préexistantes : Toute condition pour laquelle, au cours des 24 mois précédant immédiatement la date d'effet de la garantie (en vertu du présent contrat ou d'un contrat antérieur), l'assuré :

- a eu une consultation médicale;
- s'est vu prescrire ou a pris des médicaments; ou
- a reçu un traitement, y compris des mesures diagnostiques pour tout symptôme ou problème médical qui a mené à un diagnostic ou à un traitement pour une maladie grave admissible.

Cette définition ne s'applique pas à un enfant né pendant que la couverture familiale est en vigueur.

Maladies non reliées admissibles : Conditions médicales considérées comme ayant une cause distincte et indépendante. Toutes les maladies graves ayant la même cause seront considérées comme des événements reliés et seront admissibles à une seule et même prestation.

Période de survie : La période de temps continue entre la date à laquelle une des maladies graves admissibles est établie et la date à laquelle la prestation est payable, aussi longtemps que l'assuré est toujours vivant. La période de survie est mentionnée dans le Sommaire des garanties.

Spécialiste : Un médecin autorisé à exercer sa profession, reconnu par un comité d'examen de spécialité, et qui détient une formation dans le domaine médical en lien avec la maladie grave admissible pour laquelle la demande de règlement est soumise. En l'absence d'un spécialiste, et sous réserve de l'approbation de l'assureur, une maladie peut être diagnostiquée par un professionnel de la santé qualifié exerçant au Canada ou aux États-Unis.

Le terme spécialiste inclut, entre autres, les cardiologues, neurologues, néphrologues, oncologues, ophtalmologues, spécialistes des brûlures graves et les internistes. Le spécialiste ne doit pas être :

- l'assuré ou un membre de sa famille; ou
- l'employeur ou un collègue de travail de l'assuré.

Tout test ou examen exigé pour satisfaire aux conditions requises doit être effectué par un médecin qui n'est pas :

- l'assuré ou un membre de sa famille; ou
- l'employeur ou un collègue de travail de l'assuré.

Maladies admissibles à la prestation maximale

Le montant de prestation maximal est versé pour un maximum de 2 maladies graves admissibles non reliées. Lorsque l'assuré reçoit une prestation pour une maladie couverte dans une catégorie, l'assuré n'est plus couvert pour aucune maladie ultérieure faisant partie de la même catégorie.

Catégorie 1 : cancer

Catégorie 2 : chirurgie de l'aorte, pontage coronarien, crise cardiaque, chirurgie valvulaire (remplacement ou réparation)

Catégorie 3 : cécité, brûlures graves, surdité, pertes de membres, perte de la parole, infection au VIH dans le cadre de l'occupation

Catégorie 4 : anémie aplasique, méningite bactérienne, tumeur cérébrale bénigne, coma, démence (y compris la maladie d'Alzheimer), insuffisance rénale, perte d'autonomie, défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe, greffe d'un organe vital, maladie des motoneurons, sclérose en plaques, paralysie, maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques spécifiés, accident vasculaire cérébral (AVC)

Toutes les conditions doivent être le résultat d'une maladie ou d'une affection pour être considérées comme admissibles à la prestation maximale, à l'exception des brûlures graves. Les brûlures graves sont couvertes, même si elles ne résultent pas d'une maladie ou d'une affection.

Accident vasculaire cérébral (AVC entraînant des déficits neurologiques persistants) : Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou une hémorragie intracrâniennes, ou par une embolie, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique, persistant continuellement pendant plus de 30 jours après la date d'établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostique démontrant des changements dont la nature, l'emplacement et l'apparition coïncident avec les déficits neurologiques.

Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste.

Les déficits neurologiques doivent être détectables par le spécialiste et peuvent inclure, entre autres, une perte de vision ou d'audition mesurable, des changements mesurables sur le plan des fonctions neurocognitives, la perte de sensation objective, la paralysie, la faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté à articuler), la dysphasie (difficulté à parler), la dysphagie (difficulté à déglutir), une anomalie de la démarche (difficulté à marcher), la difficulté à garder l'équilibre, le manque de coordination ou les crises d'apparition récente faisant l'objet d'un traitement. Les maux de tête ou la fatigue ne sont pas considérés comme des déficits neurologiques.

Aucune prestation ne sera payable pour cette maladie dans les cas suivants :

- accident ischémique transitoire;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- pathologies ischémiques du système vestibulaire;
- mort des fibres du nerf optique ou des cellules de la rétine sans perte totale de la vision de cet œil; ou
- infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition de l'AVC figurant ci-dessus.

Anémie aplasique : Diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopenie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants :

- stimulation de la moelle osseuse;
- immunosuppresseurs; ou
- greffe de moelle osseuse.

Le diagnostic d'anémie aplasique doit être posé par un spécialiste.

Brûlures graves : Diagnostic formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures graves doit être posé par un spécialiste.

Cancer : Diagnostic formel d'une tumeur maligne. Cette tumeur doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains. Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome. Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste et doit être confirmé par un rapport de pathologie.

Aux fins de la présente maladie :

- Le cancer de la prostate au stade T1a ou T1b désigne une tumeur cliniquement muette qui n'était pas palpable lors de l'examen rectal digital et a été détectée de manière fortuite dans le tissu prostatique réséqué.
- Le terme tumeur stromale gastro-intestinale (TSGI) au stade 1 selon la classification de l'AJCC désigne :
 - des TSGI gastriques et épiploïques dont la plus grande dimension tumorale est inférieure ou égale à 10 cm, et qui contiennent cinq mitoses ou moins par 5 mm², ou 50 par HPF; ou

- des TSGI intestinales, œsophagiennes, colorectales, mésentériques et péritonéales de petite taille, dont la plus grande dimension tumorale est inférieure ou égale à 5 cm, et qui contiennent cinq mitoses ou moins par 5 mm², ou 50 par HPF.
- Les termes Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 1 selon la classification de l'AJCC respectent la définition consignée dans le manuel de stadification du cancer (8^e édition, 2018) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).
- Le terme stade 0 selon la classification de Rai respecte la définition consignée dans la publication Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia (KR Rai, A. Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46:219, 1975).

Aucune prestation ne sera payable pour cette maladie dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de non invasives, de précancéreuses, de lésions à potentiel de malignité restreint ou incertain, de limites, de carcinome in situ ou de tumeurs au stade Tis ou Ta;
- cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases à distance;
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases à distance. Ceci inclut, entre autres, le lymphome cutané à cellules T, le carcinome basocellulaire, le carcinome épidermoïde ou le carcinome à cellules de Merkel;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases à distance;
- cancer de la thyroïde de type papillaire ou folliculaire, ou les deux, dont la plus grande dimension tumorale est inférieure ou égale à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases à distance;
- leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 0 selon la classification de Rai, sans augmentation du volume des nœuds lymphoïdes, de la rate ou du foie, et laissant apparaître un nombre normal de plaquettes et de globules rouges;
- tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC;

- tumeurs neuroendocriniennes (carcinoïdes) de grade 1 limitées à l'organe touché, traitées uniquement au moyen de la chirurgie et ne nécessitant aucun autre traitement, à part les médicaments postopératoires contre les effets de l'hypersécrétion hormonale produite par la tumeur; ou
- thymome (stade 1) limité au thymus, sans signe d'invasion de la capsule ou de propagation au-delà du thymus.

Exclusion de 90 jours : Aucune prestation ne sera payable pour cette maladie si, dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur de la couverture, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené directement ou indirectement à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu du présent contrat), peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu du présent contrat).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

Cécité : Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par :

- une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux; ou
- un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste.

Chirurgie de l'aorte : Chirurgie visant à traiter une maladie de l'aorte et nécessitant l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. On entend par « aorte » l'aorte thoracique ou abdominale, mais non ses ramifications. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusion : angioplastie, intervention chirurgicale intra-artérielle, intervention transcathéter percutanée ou intervention non chirurgicale.

Chirurgie valvulaire (remplacement ou réparation): Intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusion : angioplastie, intervention chirurgicale intra-artérielle, intervention transcathéter percutanée ou intervention non chirurgicale.

Coma : Diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre ou moins pendant cette période. Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : les comas provoqués médicalement, ainsi que les comas directement ou indirectement causés par l'usage d'alcool ou de drogue ou un diagnostic de mort cérébrale.

Crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde): Diagnostic formel de la mort du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine, qui entraîne une augmentation et une chute des biomarqueurs cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus aigu du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes :

- symptômes de crise cardiaque;
- changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque; ou
- apparition de nouvelles ondes Q pathologiques sur l'électrocardiogramme (ECG) après une intervention cardiaque intra-artérielle, y compris, entre autres, une coronarographie ou une angioplastie.

Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un spécialiste.

Aucune prestation ne sera payable pour cette maladie dans les cas suivants :

- changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur;
- autres syndromes coronariens aigus, y compris une angine de poitrine ou une angine instable; ou
- augmentation des biomarqueurs cardiaques ou symptômes résultant de procédures médicales ou de diagnostics autres que celui de la crise cardiaque.

Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe : Diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe d'un point de vue médical. Pour être admissible à la garantie visant la défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente, l'assuré doit être inscrit à titre de receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme de greffe requise. Pour les besoins de la période de survie, la date d'établissement du diagnostic est la date de l'inscription de l'assuré dans un centre de transplantation. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

Démence, y compris maladie d'Alzheimer : Diagnostic formel de démence, posé par un spécialiste, soit la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- aphasie (un trouble de la parole);
- apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
- agnosie (difficulté à reconnaître des objets); ou
- perturbation des fonctions exécutives (p. ex., incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne.

L'assuré doit présenter :

- une démence de gravité modérée ou plus, qui doit être démontrée par un *Mini Mental State Exam* dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et
- des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes obtenues soit par une batterie de tests cognitifs soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins six mois.

Exclusion : les troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.

Le *Mini Mental State Exam* fait référence à la publication "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician (MF Folstein, SE Folstein, PR McHugh, J Psychiatry Res. 1975; 12(3):189).

Greffe d'un organe vital : Diagnostic formel d'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse, qui nécessite une greffe d'organe d'un point de vue médical.

Pour être admissible à la garantie visant la greffe d'un organe vital, l'assuré doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

Infection au VIH dans le cadre de l'occupation : Diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé l'assuré à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'il exerçait ses tâches habituelles.

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date d'entrée en vigueur de la couverture.

La prestation pour cette maladie grave ne sera versée que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

- a) la blessure accidentelle doit être signalée à l'assureur dans les 14 jours suivant cette blessure;
- b) une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif;
- c) une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif;
- d) tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis;
- e) la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux lignes directrices en vigueur au Canada ou aux États-Unis pour le milieu de travail.

Le diagnostic d'infection au VIH dans le cadre de l'occupation doit être posé par un spécialiste.

Aucune prestation ne sera payable pour cette maladie grave dans les cas suivants :

- l'assuré a décidé de ne se faire administrer aucun des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH;
- un traitement approuvé contre l'infection à VIH était disponible avant la blessure accidentelle; ou
- l'infection à VIH résulte d'une blessure non accidentelle, y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par l'usage de drogues injectables.

Insuffisance rénale: Diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale. Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un spécialiste.

Maladie des motoneurones : Diagnostic formel de l'un des troubles suivants: sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, atrophie musculaire progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudo-bulbaire.

Le diagnostic de maladie des motoneurones doit être posé par un spécialiste.

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques spécifiés :

Maladie de Parkinson : Diagnostic formel de maladie de Parkinson primitive, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants : rigidité musculaire ou tremblement de repos. L'assuré doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an, et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

Syndromes parkinsoniens atypiques spécifiés : Diagnostic formel de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.

Le diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique spécifié doit être posé par un neurologue.

Exclusion de 1 an : Aucune prestation ne sera payable pour la maladie de Parkinson ou les syndromes parkinsoniens atypiques spécifiés si, dans la première année suivant la date d'entrée en vigueur de la couverture, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené directement ou indirectement à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique spécifié ou de tout autre type de parkinsonisme, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique spécifié ou de tout autre type de parkinsonisme.

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique spécifié, ou sur toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique spécifié ou son traitement.

Aucune prestation ne sera exigible pour la maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques pour tout autre type de parkinsonisme.

Méningite bactérienne : Diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes. La présence de bactéries pathogènes doit être confirmée par la culture ou d'autres tests microbiologiques généralement reconnus sur le plan médical. La méningite bactérienne doit entraîner des déficits neurologiques documentés pendant au moins 90 jours suivant la date d'établissement du diagnostic.

Le diagnostic de méningite bactérienne doit être posé par un spécialiste.

Les déficits neurologiques doivent être détectables par le spécialiste et peuvent inclure, entre autres, une perte de vision ou d'audition mesurable, des changements mesurables sur le plan des fonctions neurocognitives, la perte de sensation objective, la paralysie, la faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté à articuler), la dysphasie (difficulté à parler), la dysphagie (difficulté à déglutir), une anomalie de la démarche (difficulté à marcher), la difficulté à garder l'équilibre, le manque de coordination ou les crises d'apparition récente faisant l'objet d'un traitement. Les maux de tête ou la fatigue ne sont pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusion : une méningite virale.

Paralysie : Diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.

Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste.

Perte d'autonomie : Diagnostic formel de l'incapacité totale, résultant d'une maladie ou d'une blessure, d'effectuer de manière autonome au moins trois des six activités de la vie quotidienne :

- avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- sans espoir raisonnable de rétablissement; et
- sur une période continue d'au moins 90 jours.

Le diagnostic de perte d'autonomie doit être posé par un médecin et confirmé par une évaluation indépendante des besoins en soins à domicile effectuée par un ergothérapeute ou un professionnel de la santé équivalent.

Aucune période de survie supplémentaire ne s'applique une fois que les conditions mentionnées ci-dessus sont remplies.

Perte de l'usage de la parole : Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours. Le diagnostic de perte de l'usage de la parole doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : perte de l'usage de la parole pour toute cause psychiatrique.

Perte de membres : Diagnostic formel de la séparation complète de deux membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville, ou plus haut par suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un spécialiste.

Pontage coronarien: Intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'une ou de plusieurs greffes. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusion : angioplastie, intervention chirurgicale intra-artérielle, intervention transcathéter percutanée ou intervention non chirurgicale.

Sclérose en plaques : Diagnostic formel d'au moins une des manifestations suivantes survenant après la date d'entrée en vigueur de la garantie :

- au moins deux poussées cliniques distinctes, confirmées par au moins une imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
- une seule poussée entraînant des déficits neurologiques objectifs persistant pendant plus de six mois, confirmées par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation; ou
- une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux qui démontrent de nouvelles plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

Le diagnostic de sclérose en plaques doit être posé par un spécialiste.

Les déficits neurologiques doivent être détectables par le spécialiste et peuvent inclure, entre autres, une perte de vision ou d'audition mesurable, des changements mesurables sur le plan des fonctions neurocognitives, la perte de sensation objective, la paralysie, la faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté à articuler), la dysphasie (difficulté à parler), la dysphagie (difficulté à déglutir), une anomalie de la démarche (difficulté à marcher), la difficulté à garder l'équilibre, le manque de coordination ou les crises d'apparition récente faisant l'objet d'un traitement. Les maux de tête ou la fatigue ne sont pas considérés comme des déficits neurologiques.

Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- sclérose solitaire;
- syndrome clinique isolé;
- syndrome radiologiquement isolé;
- maladie du spectre de la neuromyéélite optique; ou
- suspicion de sclérose en plaques, ou diagnostic possible de sclérose en plaques.

Exclusion de 1 an : Aucune prestation ne sera payable en vertu de cette condition si, dans la première année suivant la date d'entrée en vigueur de la garantie, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené directement ou indirectement à l'établissement d'un diagnostic de sclérose en plaques, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de sclérose en plaques.

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur la sclérose en plaques, ou sur toute maladie grave causée par la sclérose en plaques ou son traitement.

Surdité : Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz.

Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste.

Tumeur cérébrale bénigne : Diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. L'assuré doit avoir subi un traitement chirurgical ou une radiothérapie, ou la tumeur doit avoir provoqué des déficits neurologiques objectifs et irréversibles.

Ces déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostique démontrant des changements dont la nature, l'emplacement et l'apparition coïncident avec les déficits neurologiques.

Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste.

Les déficits neurologiques doivent être détectables par le spécialiste et peuvent inclure, entre autres, une perte de vision ou d'audition mesurable, des changements mesurables sur le plan des fonctions neurocognitives, la perte de sensation objective, la paralysie, la faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté à articuler), la dysphasie (difficulté à parler), la dysphagie (difficulté à déglutir), une anomalie de la démarche (difficulté à marcher), la difficulté à garder l'équilibre, le manque de coordination ou les crises d'apparition récente faisant l'objet d'un traitement. Les maux de tête ou la fatigue ne sont pas considérés comme des déficits neurologiques.

Aucune prestation ne sera payable pour cette maladie grave en cas d'adénomes hypophysaires d'une taille inférieure à 10 mm, de malformations vasculaires, de cholestéatomes ou de tumeurs contagieuses ou inflammatoires.

Exclusion de 90 jours : Aucune prestation ne sera payable en vertu de cette condition si, dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur de la garantie, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené directement ou indirectement à l'établissement d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne.

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur une tumeur cérébrale bénigne, ou sur toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou son traitement.

Maladies infantiles admissibles

Lorsque l'adhérent a une couverture familiale, une prestation sera versée selon le montant indiqué dans le Sommaire des garanties pour un enfant, pour un maximum de 1 maladie infantile couverte à vie.

Les maladies infantiles couvertes sont les suivantes :

- **Autisme** : anomalie organique dans le développement du cerveau caractérisée par l'incapacité de développer un langage de communication ou d'autres formes de communication sociale, avec un diagnostic confirmé par un psychiatre de l'enfance ou un pédiatre avant le troisième anniversaire de naissance de l'enfant.
- **Paralysie cérébrale** : diagnostic formel de paralysie cérébrale, un trouble neurologique non progressif caractérisé par une spasticité et un manque de coordination des mouvements.
- **Cardiopathie congénitale** : un ou plusieurs des diagnostics de maladies cardiaques des listes suivantes :

Liste A

- a) Retour veineux pulmonaire anormal total;
- b) Transposition des gros vaisseaux;
- c) Atrésie de valve cardiaque quelconque;
- d) Coarctation de l'aorte;
- e) Ventricule unique;
- f) Hypoplasie du cœur gauche;
- g) Ventricule gauche à double issue;
- h) Tronc artériel commun;
- i) Tétralogie de Fallot;
- j) Syndrome d'Eisenmenger;
- k) Ventricule à double entrée;
- l) Hypoplasie du cœur droit; ou
- m) Maladie d'Ebstein.

Les maladies susmentionnées sont couvertes après 30 jours de période de survie, à partir de la date la plus tardive entre celle du diagnostic et celle de la naissance. Le diagnostic de toutes les maladies de la Liste A doit être fait par un cardiologue pédiatrique qualifié, et attesté par une imagerie cardiaque appropriée.

Liste B

- a) Sténose pulmonaire;
- b) Sténose aortique;
- c) Sténose aortique sous-valvulaire discrète;
- d) Communication interventriculaire; ou
- e) Communication interauriculaire.

Les maladies susmentionnées sont couvertes uniquement lorsqu'une chirurgie à cœur ouvert est pratiquée pour traiter la maladie, après 30 jours de période de survie à partir de la date la plus tardive entre celle du diagnostic et celle de la naissance. Le diagnostic de toutes les maladies de la Liste B doit être fait par un cardiologue pédiatrique qualifié, et attesté par une imagerie cardiaque appropriée. La chirurgie doit avoir été recommandée par un cardiologue pédiatrique qualifié et réalisée par un chirurgien cardiaque au Canada.

- **Fibrose kystique** : Diagnostic formel de fibrose kystique confirmé par preuves de maladie pulmonaire chronique et d'insuffisance pancréatique.
- **Trisomie 21** : Diagnostic formel de trisomie 21 posé par un spécialiste qualifié.
- **Dystrophie musculaire** : Diagnostic formel de dystrophie musculaire caractérisée par des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par électromyographie et biopsie musculaire.
- **Diabète sucré de type 1** : Diagnostic de diabète sucré de type 1, caractérisé par une carence complète d'insuline et une dépendance permanente à l'insuline exogène pour survivre. Le diagnostic doit être fait par un pédiatre ou un endocrinologue qualifié autorisé à pratiquer au Canada et y exerçant sa profession, et il doit y avoir des preuves de dépendance à l'insuline pour une période minimale de trois mois.

Aucune prestation n'est payable si un enfant naît dans les 10 mois suivant la date d'entrée en vigueur de la couverture familiale et que cet enfant obtient un diagnostic de maladie infantile à l'intérieur de ces 10 mois.

Maladies admissibles à la prestation partielle

Le montant partiel de la garantie sera versé, jusqu'au montant indiqué dans le Sommaire des garanties, pour toutes maladies graves suivantes qui ne mettent pas la vie en danger :

- Angioplastie coronarienne;
- Carcinome canalaire in situ (Tis) du sein;
- Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b); ou

- Mélanome malin de stade 1A.

L'assuré est admissible à une prestation partielle à vie pour chaque maladie grave admissible à la prestation partielle. La prestation partielle ne réduit pas le montant de couverture disponible pour les maladies graves admissibles à la prestation complète.

Toutes les conditions doivent être le résultat d'une maladie ou d'une affection pour être considérées comme admissibles à la prestation partielle. Les maladies suivantes sont admissibles à la prestation partielle, sous réserve des limites spécifiées dans le Sommaire des garanties :

Angioplastie coronarienne : Intervention chirurgicale visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre une circulation ininterrompue de sang. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Carcinome canalaire in situ (Tis) du sein : Un cancer non invasif qui doit être confirmé par biopsie. Le diagnostic du carcinome canalaire in situ du sein doit être posé par un spécialiste.

Exclusion de 90 jours : Aucune prestation ne sera payable en vertu de cette condition si, dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur de la garantie, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de cancer.

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b) : Le diagnostic du cancer de la prostate de stade A (T1a ou T1b) doit être posé par un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu de la prostate.

Exclusion de 90 jours : Aucune prestation ne sera payable en vertu de cette condition si, dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur de la garantie, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de cancer.

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

Mélanome malin au stade 1A : Un mélanome confirmé par biopsie dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1,0 mm, sans être ulcéré ou accompagné d'invasions aux niveaux de Clark IV ou V. Le diagnostic du mélanome malin au stade 1A doit être posé par un spécialiste.

Exclusion de 90 jours : Aucune prestation ne sera payable en vertu de cette maladie grave si, dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur de la garantie, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de cancer.

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

Versement de la prestation

La prestation est payable à la fin de la période de survie mentionnée dans le Sommaire des garanties, à condition que l'assuré soit toujours vivant à ce moment-là.

La prestation par assuré est limitée au montant de prestation maximal mentionné dans le Sommaire des garanties, peu importe le nombre de maladies graves admissibles que l'assuré peut subir.

Le montant de prestation maximal est payable pour un maximum de 2 maladies non reliées et admissibles à la prestation maximale. Dès lors qu'une prestation devient payable pour une maladie couverte faisant partie d'une catégorie (catégorie 1, 2, 3 ou 4), l'assuré n'est plus couvert pour aucune maladie ultérieure faisant partie de la même catégorie. Toutefois, l'assuré est admissible à une deuxième prestation maximale pour une maladie couverte faisant partie d'une autre catégorie.

Le montant de prestation partiel est payable pour un maximum de 4 maladies admissibles à la prestation partielle. L'assuré est admissible à 1 prestation partielle par maladie couverte qui ne met pas la vie en danger.

Le montant de prestation maximal est payable pour 1 maladie infantile couverte.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à l'assureur au plus tard dans les 12 mois suivant la date d'établissement du diagnostic.

Exclusions et réductions

L'assureur ne verse aucune prestation pour toute condition résultant, directement ou indirectement, de l'une des causes suivantes :

- a) une condition préexistante, sauf si la maladie grave admissible survient après la période de 24 mois suivant le début de la protection à l'égard de l'assuré;
- b) un accident, sauf si les brûlures graves constituent la maladie grave admissible;
- c) une tentative de suicide ou une blessure ou maladie que l'assuré s'inflige ou contracte volontairement;
- d) la participation à un acte criminel ou la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
- e) tout accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute substance intoxicante ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident; ou
- f) une insurrection, une guerre (déclarée ou non), l'hostilité des forces armées de tout pays ou la participation à une émeute ou à un affrontement public.

Droit de transformation

Admissibilité à la transformation

Si la Garantie d'assurance facultative pour maladies graves (étendue) de l'adhérent prend fin à son 65e anniversaire de naissance ou avant cette date, en raison de son départ à la retraite, la fin de son emploi ou la cessation de la couverture collective ou de la catégorie d'adhérents à laquelle il appartient, l'adhérent a le droit de souscrire une police d'assurance maladies graves individuelle auprès de l'assureur.

À son 65e anniversaire de naissance ou avant cette date, un conjoint a le droit de souscrire une police d'assurance maladies graves individuelle auprès de l'assureur si sa Garantie d'assurance facultative pour maladies graves (étendue) prend fin ou est réduite pour toute autre raison qu'une requête de l'adhérent.

La Garantie d'assurance maladies graves de l'adhérent ou du conjoint (en vertu du présent contrat ou d'un contrat antérieur) doit être en vigueur pendant au moins 24 mois consécutifs avant que l'adhérent ou le conjoint ait le droit de souscrire une assurance pour maladies graves individuelle.

Modalités de la police individuelle

La police individuelle émise en vertu de ce droit de transformation est assujettie aux conditions suivantes :

- Vous devez, dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle votre couverture prend fin :
 - remettre à l'assureur le formulaire à cet effet, dûment rempli; et
 - verser à l'assureur la totalité de la prime initiale requise, selon la méthode de versement indiquée par l'assureur;
- l'assurance individuelle est émise sans qu'une preuve d'assurabilité ne soit requise;
- la prime de cette assurance individuelle est établie selon les taux de police d'assurance individuelle en vigueur chez l'assureur à la date de l'adhésion, en tenant compte du sexe de l'assuré et de son âge;
- la police d'assurance individuelle est assujettie aux montants minimaux et maximaux, ainsi qu'à toutes autres modalités spécifiques mentionnées ci-dessous.

Cette police est également assujettie aux modalités spécifiques suivantes :

- pendant la période de 31 jours au cours de laquelle le droit de transformation peut être exercé, le montant de la protection disponible en vertu de ce droit de transformation est en vigueur, sans frais;
- la protection en vertu de la police d'assurance maladies graves individuelle entre en vigueur 31 jours après la date de fin de la couverture collective;
- la police d'assurance maladies graves individuelle ne comprend aucune garantie invalidité, ni aucune autre garantie supplémentaire;
- le montant maximum de protection offert en vertu de la police d'assurance maladies graves individuelle est le moindre des montants suivants :
 - la somme du montant de la Garantie d'assurance pour maladies graves (étendue) et du montant de la Garantie d'assurance facultative pour maladies graves (étendue) en vigueur à la date de fin de la garantie;
 - le montant de la réduction de la protection en raison d'une police de remplacement souscrite par l'adhérent dans les 31 jours de la date de fin de couverture collective; et
 - 100 000 \$; et
- le montant de protection de la police d'assurance maladies graves individuelle ne peut être inférieur au montant minimum normalement émis par l'assureur pour le type de police choisi.

Fin de la protection

La protection d'assurance facultative pour maladies graves (étendue) prend fin pour vous et vos personnes à charge à votre cessation d'emploi, à votre retraite ou lorsque vous atteignez l'âge mentionné dans le Sommaire des garanties, selon la première échéance.

La protection pour votre conjoint prend aussi fin lorsqu'il atteint lui-même l'âge mentionné dans le Sommaire des garanties.

Assurance salaire de courte durée

Si vous devez vous absenter de votre travail en raison d'un accident ou d'une maladie, vous avez droit à des prestations pour chaque journée d'invalidité totale, jusqu'à concurrence du nombre de semaines indiqué au Sommaire des garanties. Les prestations sont versées à compter de l'expiration du délai de carence, qui est le nombre de jours consécutifs au début de l'invalidité pour lequel aucune prestation n'est versée en vertu du contrat. Le délai de carence est indiqué au Sommaire des garanties.

Les prestations sont versées chaque semaine. Le délai de carence est exprimé en jours civils. Toutefois, la prestation d'invalidité totale étant payable sur une base de jours ouvrables, la prestation pour chaque jour ouvrable d'invalidité totale est égale à 1/5 de la prestation hebdomadaire.

Définition d'invalidité totale

Aux fins de l'assurance salaire de courte durée, l'invalidité totale signifie tout état d'incapacité, résultant d'un accident ou d'une maladie, exigeant des soins médicaux continus dès le début de l'invalidité et qui vous empêche d'accomplir toutes les tâches habituelles de votre fonction principale, sans exception.

Congé de maternité

Aux fins de l'assurance salaire de courte durée, un congé de maternité désigne toute période d'absence au travail en raison d'une grossesse au sens de toute loi sur les normes du travail applicable dans votre province de résidence. Le congé de maternité est une combinaison de congé relié à la santé et de congé volontaire. La portion du congé de maternité reliée à la santé est la période débutant le jour de l'accouchement et dure au moins 6 semaines (8 semaines dans le cas d'une césarienne). Le reste du congé de maternité est un congé volontaire.

Rechute

Deux périodes successives d'invalidité attribuables à la même cause ou à des causes connexes et séparées par **une période de moins de deux semaines** consécutives de travail à temps plein sont considérées comme une même période d'invalidité. Des périodes successives d'invalidité de causes entièrement différentes sont aussi considérées comme une même période d'invalidité si, au moment où débute la seconde, vous n'avez pas repris le travail que vous effectuiez avant le début de la première invalidité pendant au moins un jour entier.

Lorsque des périodes successives d'invalidité sont considérées comme une seule et même période, vous n'avez pas à compléter un nouveau délai de carence. Les prestations continuent pour la durée non courue de la période maximale prévue au Sommaire des garanties.

Réduction des prestations

Les prestations hebdomadaires sont réduites d'un montant égal aux indemnités auxquelles vous êtes admissible :

- en vertu de la Loi sur les accidents de travail ou toute autre loi semblable;
- par tout régime provincial d'assurance automobile qui ne prend pas en compte les prestations versées par la Commission de l'assurance-emploi dans le versement de ses indemnités;
- en vertu de toute loi ou régime versant des prestations de maternité, et ce, durant la portion du congé de maternité reliée à la santé, tel que défini dans la présente garantie;
- en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, à l'exclusion des prestations pour les enfants et de tout montant accordé en guise de rajustement en fonction du coût de la vie;
- à titre d'indemnité de remplacement de revenu en vertu de toute autre loi fédérale ou provinciale;
- en vertu de tout revenu ou de tout régime d'avantages sociaux établi par l'employeur, tels que définis dans la Loi de l'impôt sur le revenu;
- toute prime de séparation ou tout paiement pour congédiement injustifié.

Les prestations hebdomadaires sont réduites même si vous négligez ou refusez de vous prévaloir de vos droits en vertu des lois et régimes énoncés ci-dessus.

Par ailleurs, aucune prestation n'est payable au cours des périodes suivantes :

- la période durant laquelle vous êtes en vacances rémunérées;
- la période durant laquelle vous recevez ou avez le droit de recevoir une rémunération de votre employeur;
- période durant laquelle vous recevez des prestations de maternité ou parentales en vertu de toute loi provinciale ou fédérale, ou prenez un congé de maternité, parental ou familial conformément à toute loi provinciale ou fédérale, ou toute entente entre vous et votre employeur, sous réserve de l'exception suivante :
 - les prestations d'assurance salaire de courte durée sont versées pendant la portion du congé de maternité reliée à la santé lorsque requis par toute loi applicable, que la protection de l'adhérent soit demeurée en vigueur ou non pendant la période d'absence. Toutefois, tel que prévu dans le présent contrat, les prestations payables par l'assureur à l'égard de cette période sont alors réduites de toutes autres prestations de maternité payables en vertu de tout autre régime public ou privé.

Enfin, aucune prestation n'est payable si l'invalidité résulte directement ou indirectement de l'une ou l'autre des causes suivantes :

- blessure volontaire, peu importe votre état d'esprit au moment de l'incident;

- blessure subie lors de votre participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, sauf dans l'accomplissement de vos fonctions;
- blessure subie durant une guerre, déclarée ou non;
- soins médicaux ou chirurgicaux d'ordre esthétique, sauf si les soins esthétiques sont fournis par suite d'un accident survenu pendant que vous étiez couvert en vertu du présent contrat;
- blessure subie durant la conduite d'un véhicule motorisé alors que vous étiez sous l'influence de stupéfiants ou que la concentration d'alcool dans votre sang excédait la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada.

De façon générale, aucune prestation d'invalidité de courte durée n'est payable si l'invalidité débute durant un congé sans solde autorisé, une mise à pied temporaire, une suspension disciplinaire sans solde ou un emprisonnement.

Par contre, si l'invalidité survient au cours d'un congé de maternité volontaire, d'un congé parental ou d'un congé familial et à la condition que la garantie ait été maintenue en vigueur et que les primes aient été versées à l'assureur durant la période d'absence, le délai de carence débutera le premier jour de l'invalidité, mais les prestations ne pourront être versées avant l'expiration de ce délai de carence, ni avant la date prévue de retour au travail, tel que spécifié par écrit à l'assureur avant le début de l'absence.

Programme de réadaptation

Pendant que vous recevez des prestations d'assurance salaire de courte durée, l'assureur pourrait vous demander de prendre part à un programme d'emploi de réadaptation.

- a) L'invalidité totale ne sera pas réputée avoir pris fin pour la seule raison que vous participez à ce programme.
- b) Si, à cause de votre invalidité, vous êtes incapable de compléter votre programme de réadaptation, vos prestations seront ramenées au montant que vous receviez avant le début du programme de réadaptation.
- c) Tant que vous participez à ce programme, l'assureur réduira ses prestations hebdomadaires dans la mesure nécessaire pour que votre revenu total provenant de toutes sources n'excède pas 100 % du revenu que vous gagniez avant votre invalidité.

Perte du droit aux prestations

Votre droit de recevoir des prestations sera révoqué à la première des éventualités suivantes :

- le refus de vous soumettre à un examen médical demandé par l'assureur;
- l'incapacité de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de la persistance de l'invalidité;

- l'occupation d'un emploi rémunérateur (sauf un programme de réadaptation);
- la date à laquelle vous prenez votre retraite;
- lorsque la durée maximale des prestations est atteinte, conformément au Sommaire des garanties; ou
- le refus de participer à un programme de réadaptation qui vous est approprié.

Fin de la protection

La protection d'assurance salaire de courte durée prend fin à la cessation d'emploi ou à la retraite, selon la première échéance.

Assurance salaire de longue durée

Si votre invalidité totale se poursuit au-delà du délai de carence indiqué au Sommaire des garanties, vous pouvez devenir admissible aux prestations d'assurance salaire de longue durée. Le premier versement est payable à la fin du mois durant lequel le délai de carence prend fin et le dernier jour de chaque mois par la suite. Pour chaque jour d'invalidité totale, la prestation est égale à 1/30 de la prestation mensuelle.

Définition d'invalidité totale

L'invalidité totale est définie comme étant :

- pendant le délai de carence et la période de **60 mois** qui suit immédiatement la fin du délai de carence, l'état d'incapacité totale et continue, résultant d'un accident ou d'une maladie, qui vous empêche d'accomplir les *tâches habituelles* de votre fonction principale, sans exception; et
- par la suite, l'état d'incapacité totale et continue, résultant d'un accident ou d'une maladie, qui vous empêche de vous livrer à tout travail :
 - qui vous permettrait de gagner au moins 60 % de votre salaire brut avant le début de l'invalidité totale; et
 - qui soit compatible avec votre formation, votre éducation et votre expérience.

Les tâches habituelles désignent les activités jugées essentielles au rendement pour votre poste et auxquelles vous consacrez, toute proportion gardée, la majeure partie de votre temps.

La disponibilité de l'occupation, de l'emploi ou du travail ne sera pas prise en considération lors de l'analyse de l'invalidité.

La perte d'un permis, d'une licence ou d'une certification professionnelle ne constitue pas, en soi, une invalidité.

Congé de maternité

Aux fins de l'assurance salaire de longue durée, un congé de maternité désigne toute période d'absence au travail en raison d'une grossesse au sens de toute loi sur les normes du travail applicable dans votre province de résidence. Le congé de maternité est une combinaison de congé relié à la santé et de congé volontaire. La portion du congé de maternité reliée à la santé est la période débutant le jour de l'accouchement et dure au moins 6 semaines (8 semaines dans le cas d'une césarienne). Le reste du congé de maternité est un congé volontaire.

Rechute

Toutes les périodes successives d'invalidité totale séparées par moins de trois mois consécutifs d'emploi sont considérées comme une seule et même période d'invalidité, à moins que la nouvelle invalidité ne soit due à un accident ou à une maladie entièrement différente et ne commence qu'après votre retour au travail.

Lorsque des périodes successives d'invalidité sont considérées comme une seule et même période, vous n'avez pas à compléter un nouveau délai de carence. Les prestations continuent pour la durée non courue de la période maximale prévue au Sommaire des garanties.

Programme de réadaptation

Pendant que vous recevez des prestations d'assurance salaire de longue durée, l'assureur pourrait vous demander de prendre part à un programme de réadaptation.

- a) L'invalidité totale ne sera pas réputée avoir pris fin pour la seule raison que vous participez à ce programme.
- b) Pendant que vous participez à un programme de réadaptation, vos prestations sont réduites de 50 % de la rémunération mensuelle reçue en vertu du programme de réadaptation.
- c) Si, à cause de votre invalidité, vous êtes incapable de compléter votre programme de réadaptation, vos prestations seront ramenées au montant que vous receviez avant le début du programme de réadaptation.
- d) Tant que vous participez à ce programme, l'assureur réduira ses prestations mensuelles dans la mesure nécessaire pour que votre revenu total provenant de toutes sources n'excède pas 100 % du revenu que vous gagniez avant votre invalidité.

Condition préexistante

(Applicable seulement aux embauches à compter du 1^{er} juillet 2017)

La présente garantie ne s'applique pas lorsque l'invalidité survient au cours des **12 premiers mois** suivant l'entrée en vigueur de l'assurance et qu'elle résulte d'une maladie ou d'un accident pour lequel l'adhérent a reçu des traitements dans la période de **3 mois** précédant la date d'entrée en vigueur de son assurance, à moins que l'adhérent n'ait été assuré en vertu d'une garantie semblable prévue par un contrat collectif antérieur qui a pris fin dans les 31 jours qui ont précédé la date de prise d'effet de la présente garantie.

Traitement désigne une maladie ou une blessure pour laquelle l'adhérent a consulté un médecin, reçu des conseils, traitements, soins ou services médicaux (y compris des mesures diagnostiques) ou a reçu une prescription pour des médicaments.

Exclusions et réduction de la garantie

Réduction des prestations

Les prestations mensuelles peuvent faire l'objet de deux sortes de réduction : directe et indirecte, tel qu'expliqué ci-après.

1. Réduction directe

Les prestations mensuelles sont réduites des montants suivants auxquels vous avez droit pour vous-même (à l'exclusion des prestations pour les enfants) :

- toute prestation d'invalidité payable en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada;
- tout revenu payable en vertu de toute Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles ou de toute autre loi semblable;
- tout revenu payable en vertu de toute loi ou régime versant des prestations de maternité, et ce, durant la portion du congé de maternité reliée à la santé, tel que défini dans la présente brochure;
- toute prestation de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime provincial d'assurance automobile, s'il y a lieu;
- toute prestation d'invalidité payable en vertu de tout régime de retraite privé;
- toute prestation en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi du Canada;
- tout revenu payable en vertu de toute autre loi fédérale ou provinciale.

2. Réduction indirecte (coordination des prestations)

- Si le montant des prestations mensuelles payables en vertu de la présente garantie, ou
- si la somme des prestations mensuelles payables (après réduction directe en vertu de l'alinéa précédent, s'il y a lieu) et des montants suivants :
 - tout revenu provenant d'un régime d'avantages sociaux établi par l'employeur;
 - toute prestation d'invalidité provenant d'un régime d'assurance collective fourni par un employeur ou une association;
 - toute prestation d'invalidité payable en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, à l'exclusion des prestations pour les enfants;
 - tout revenu provenant d'un régime d'avantages sociaux établi conformément à toute loi provinciale ou fédérale, y compris les sources de revenus mentionnées à l'alinéa 1) (à l'exclusion de tout montant accordé en guise de rajustement en fonction du coût de la vie);

- toute prestation d'invalidité payable en vertu de toute Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles ou d'une loi semblable ou d'un autre régime public, à l'exclusion des prestations payables en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi;
- toute indemnité de remplacement du revenu payable en vertu de tout régime provincial d'assurance automobile, s'il y a lieu;
- toute prestation d'invalidité payable par un régime de retraite privé, à l'exclusion de tout montant accordé en guise de rajustement en fonction du coût de la vie

excède 85 % de votre revenu avant le début de l'invalidité, les prestations mensuelles payables en vertu de la présente garantie sont réduites de façon à ce que ce pourcentage ne soit pas dépassé.

Toutefois, le montant de toute augmentation sur les prestations d'invalidité payables en vertu des lois et des régimes énoncés ci-dessus, accordé en guise de rajustement en fonction du coût de la vie, ne fait pas l'objet de la présente clause de réduction.

Les prestations mensuelles seront réduites même si vous négligez ou refusez de vous prévaloir de vos droits en vertu des lois et régimes énoncés ci-dessus.

Conditions limitant le versement des prestations

Si l'invalidité totale résulte directement d'alcoolisme ou de toxicomanie, les prestations ne sont payées que si vous êtes en cure fermée de désintoxication et sous surveillance médicale.

De plus, aucune prestation n'est payable au cours de la période durant laquelle vous recevez des prestations de maternité ou parentales en vertu de toute loi provinciale ou fédérale, ou prenez un congé de maternité, parental ou familial conformément à toute loi provinciale ou fédérale, ou toute entente entre vous et votre employeur, sous réserve de l'exception suivante :

- les prestations d'assurance salaire de longue durée sont versées pendant la portion du congé de maternité reliée à la santé lorsque requis par toute loi applicable, que la protection de l'adhérent soit demeurée en vigueur ou non pendant la période d'absence. Toutefois, tel que prévu dans le présent contrat, les prestations payables par l'assureur à l'égard de cette période sont alors réduites de toutes autres prestations de maternité payables en vertu de tout autre régime public ou privé.

Si l'invalidité survient au cours d'un congé de maternité volontaire, d'un congé parental ou d'un congé familial et à la condition que la garantie ait été maintenue en vigueur et que les primes aient été versées à l'assureur durant la période d'absence, le délai de carence débutera le premier jour de l'invalidité, mais les prestations ne pourront être versées avant l'expiration de ce délai de carence, ni avant la date prévue de retour au travail, tel que spécifié par écrit à l'assureur avant le début de l'absence.

Enfin, aucune prestation n'est payable si l'invalidité résulte directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :

- blessure volontaire, peu importe votre état d'esprit au moment de l'incident;
- blessure subie lors de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, sauf dans l'accomplissement de vos fonctions;
- blessure subie durant une guerre;
- soins médicaux ou chirurgicaux d'ordre esthétique, sauf si les soins esthétiques sont fournis par suite d'un accident survenu pendant que l'adhérent était couvert en vertu du présent contrat;
- blessure subie durant la conduite d'un véhicule motorisé alors que l'adhérent était sous l'influence de stupéfiants ou que la concentration d'alcool dans son sang excédait la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada.

Perte du droit aux prestations

Même en cas d'invalidité totale, le droit de recevoir des prestations peut être révoqué si :

- vous refusez de vous soumettre à un examen médical demandé par l'assureur;
- vous refusez de participer à un programme médical ou de réadaptation que l'assureur et votre médecin traitant jugent raisonnable et approprié;
- votre invalidité ne répond plus à la définition d'invalidité prévue dans la présente garantie;
- vous refusez de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de la persistance de l'invalidité;
- vous occupez un emploi rémunérateur, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation;
- vous déménagez ou vivez temporairement hors du Canada, sauf lorsque l'assureur a été avisé par écrit et a donné son accord préalable.

Par ailleurs, les prestations prennent fin à la retraite, lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans ou lorsque la durée maximale des prestations indiquée au Sommaire des garanties est atteinte.

Fin de la protection

La protection prend fin à la cessation d'emploi, à la retraite ou lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans, selon la première échéance.

Assurance santé - Médicaments

Cette assurance couvre les frais de médicaments pour vous ou pour vos personnes à charge à la suite d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident, sous réserve de la franchise et du pourcentage de remboursement indiqués au Sommaire des garanties. Les frais de médicaments doivent être engagés au Canada.

Applicable à tous les assurés

Si au cours d'une année civile, l'adhérent dépense, pour des médicaments RAMQ, un montant de frais supérieur au montant de la contribution maximale fixée par la RAMQ, pour lui-même ou pour ses enfants à charge, les montants admissibles qui excèdent cette contribution sont remboursés à 100 % par Croix Bleue, jusqu'à la fin de cette année civile. Le montant de la contribution comprend la franchise et la coassurance, s'il y a lieu, pour l'adhérent et ses enfants à charge.

De même, si au cours d'une année civile, le conjoint de l'adhérent dépense, pour des médicaments RAMQ, un montant de frais supérieur au montant de la contribution maximale fixée par la RAMQ, pour lui-même, les montants admissibles qui excèdent cette contribution sont remboursés à 100 % par Croix Bleue, jusqu'à la fin de cette année civile. Le montant de la contribution comprend la franchise et la coassurance, s'il y a lieu, pour le conjoint de l'adhérent.

Franchise

La franchise est la partie des frais admissibles que vous devez payer pour vous ou vos personnes à charge avant que l'assureur ne commence à rembourser les frais admissibles en vertu du contrat. La franchise s'applique par médicament prescrit.

Frais admissibles

- 1) La **liste régulière** de l'assureur comprend les frais usuels et raisonnables de médicaments ou de produits achetés au Canada et dispensés par un pharmacien (ou par un médecin ou un dentiste autorisés dans une localité où il n'y a pas de pharmacien), qui ne peuvent s'obtenir que sur l'ordonnance écrite d'un médecin, d'un dentiste ou d'un podiatre, qui sont utilisés en cas de grossesse, de maladie ou d'accident et dont la quantité ne dépasse pas une provision de 100 jours.

Le médicament ou produit prescrit doit être commercialisé en vertu du règlement sur les aliments et drogues de la loi canadienne, doit porter un numéro d'identification DIN (Drug Identification Number) et doit être utilisé conformément aux indications officielles pour lesquelles il est autorisé.

Sont également inclus :

- les médicaments pouvant être injectés et sérums prescrits par un médecin dans le but de traiter une maladie;
 - les vaccins préventifs, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties;
 - les hormones de croissance (pour les assurés de moins de 18 ans);
 - les produits anesthésiants administrés lors d'une intervention qui n'a pas lieu dans un hôpital;
 - les seringues, les aiguilles, les dispositifs à lancettes, les aiguilles pour stylo-injecteur, les fournitures d'analyse d'urine, les tampons alcoolisés, les bâtonnets réactifs destinés au contrôle du diabète ainsi que la chambre de retenue et l'inhalateur.
- 2) Certains médicaments qui sont nécessaires à la survie de l'assuré ou au traitement d'une maladie chronique clairement diagnostiquée, principalement dans les cas de troubles cardiaques, troubles pulmonaires, diabète, arthrite, maladie de Parkinson, épilepsie, fibrose kystique et glaucome. Une demande de règlement peut alors être soumise avec, à l'appui, une ordonnance et une déclaration écrite du médecin indiquant le diagnostic et la période pour laquelle les médicaments sont prescrits.

Avis important

Pour les résidents du Québec, la présente garantie doit, en tout temps, inclure les médicaments et produits payables en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments, tels qu'inscrits sur la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et fournis par un pharmacien sur l'ordonnance d'un médecin, d'un résident en médecine, d'un dentiste ou d'un podiatre.

Certains de ces médicaments ne sont toutefois couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par règlement, entre autres dans le cas des médicaments d'exception.

De plus, les médicaments couverts en vertu de la liste de l'assureur, tels que décrits ci-dessus, doivent faire partie de la liste dressée et maintenue à jour par l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (A.Q.P.P.).

Frais non remboursés par le régime

Les frais reliés aux produits et aux médicaments suivants ne sont pas remboursés par le régime :

- les produits pour l'entretien des lentilles cornéennes;
 - les contraceptifs autres qu'oraux;
 - les protéines ou suppléments diététiques, les acides aminés;
 - les préparations alimentaires pour nourrissons;
 - les produits de toilette, y compris les savons et les émoullients;
 - les substances adoucissantes et protectrices pour la peau;
 - les produits pour cesser de fumer (pour les résidents du Québec : seulement l'excédent des frais admissibles payables en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments est exclu);
 - les minéraux;
 - les produits homéopathiques;
 - les stimulants pour la pousse des cheveux;
 - les médicaments contre la stérilité (pour les résidents du Québec : seulement l'excédent des frais admissibles payables en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments est exclu);
 - les médicaments servant à traiter les troubles de la fonction érectile, ainsi que tous les stimulants sexuels;
 - les stéroïdes anabolisants;
 - les médicaments et les injections reliés à des traitements amaigrissants;
 - les médicaments administrés à des fins expérimentales;
 - les médicaments et les matériaux utilisés en chirurgie (sauf les produits anesthésiants indiqués dans les **Frais admissibles** de la présente garantie);
 - les médicaments ou les formes de médicaments visant essentiellement à améliorer la qualité de la vie et n'ayant pas d'indication thérapeutique;
 - les rince-bouche, les pansements, les sirops et les pastilles *;
 - les shampooings, les huiles et les crèmes *;
 - les vitamines ou multivitamines *;
 - les suppléments ou les vitamines prénataux *.
- * Ces produits sont toutefois couverts lorsqu'ils ne peuvent être obtenus que sur l'ordonnance d'un médecin, comme l'exige Santé Canada.

De plus, les services suivants ne sont pas couverts :

- les frais engagés en raison d'une maladie ou d'un accident couvert par une commission de la santé et de la sécurité au travail ou un régime d'assurance automobile, le cas échéant;
- les services, les soins ou les produits que l'assuré reçoit gratuitement.

Dispositions applicables aux résidents du Québec

Lorsque vous atteignez soixante-cinq (65) ans, vous et votre conjoint avez une décision à prendre relativement à la couverture de vos médicaments.

Décision d'adhérer au régime de la RAMQ à 65 ans

Lorsque vous ou votre conjoint atteignez l'âge de soixante-cinq (65) ans, vous **pouvez choisir** de vous assurer en vertu du régime général d'assurance médicaments créé en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments (régime de la RAMQ) plutôt que de maintenir la couverture complète des médicaments du régime d'assurance collective. **Ce choix est alors irrévocable.**

Si, à soixante-cinq (65) ans, vous décidez d'adhérer au régime de la RAMQ, vous et vos personnes à charge, quel que soit leur âge, n'êtes plus admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance collective pour les médicaments couverts par le régime public de la RAMQ.

De même, si votre conjoint décide, à soixante-cinq (65) ans, d'adhérer au régime de la RAMQ, il ne sera plus admissible à des prestations en vertu du régime d'assurance collective pour les médicaments couverts par le régime public de la RAMQ.

Toutefois, si vous et vos personnes à charge bénéficiez de la couverture de base du régime de la RAMQ, vous conservez la couverture complémentaire du régime d'assurance collective telle que décrite ci-dessous, sous réserve de la franchise et du pourcentage de remboursement mentionnés au Sommaire des garanties pour les médicaments :

1. la franchise et la coassurance déboursées par l'assuré en vertu du régime de la RAMQ; et
2. tous les médicaments qui n'apparaissent pas sur la liste du régime public, mais qui sont couverts dans la liste de l'assureur.

Décision de se désister de la RAMQ à 65 ans

Lorsque vous ou votre conjoint atteignez l'âge de soixante-cinq (65) ans, la RAMQ vous inscrit automatiquement comme bénéficiaire de son régime d'assurance médicaments. À l'âge de soixante-cinq (65) ans, vous et votre conjoint **devez donc annuler votre inscription** au régime de la RAMQ pour conserver une pleine couverture des médicaments en vertu du régime d'assurance collective.

Toute modalité relative à la prime, s'il y a lieu, est indiquée dans le tableau des primes remis au preneur ou, après la date d'entrée en vigueur du contrat, dans les conditions de renouvellement des taux émises par l'assureur.

Fin de la protection

La protection d'assurance médicaments prend fin à votre retraite ou à votre cessation d'emploi, selon la première échéance. La protection des personnes à charge admissibles prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

Assurance santé - Accident/maladie

Cette assurance couvre les frais admissibles engagés pour vous ou pour vos personnes à charge à la suite d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident, sous réserve de la franchise et du pourcentage de remboursement applicables à chaque catégorie de services, le tout tel qu'indiqué au Sommaire des garanties. Les frais doivent être engagés au Canada.

Franchise

Aucune franchise n'est applicable à l'Assurance santé - Accident/maladie.

Frais admissibles

Les frais doivent être :

- usuels et raisonnables;
- nécessaires du point de vue médical; et
- préalablement recommandés par un médecin, sauf indication contraire.

Les honoraires des paramédicaux sont payables seulement lorsque les soins sont fournis par des professionnels qui sont membres en règle de leur ordre professionnel et qui exercent dans les limites de leur compétence au sens de la loi. Si, pour un professionnel donné, il n'existe aucun ordre professionnel, il doit alors être membre en règle d'un regroupement reconnu et accepté par l'assureur et prodiguer des soins et des traitements dans les limites de sa compétence.

HOSPITALISATION

- Soins actifs

Les frais d'hospitalisation d'un assuré qui est admis pour **soins actifs** dans un hôpital ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de son assurance, tant qu'il a droit à des soins assurés par la Régie de l'assurance-maladie de sa province de résidence, et sous réserve du type de chambre spécifié au Sommaire des garanties;

- Convalescence ou réadaptation physique

Les frais pour un séjour dans un hôpital de convalescence ou de réadaptation physique, si l'assuré y est admis moins de **14 jours** après avoir obtenu son congé d'un hôpital où il recevait des soins actifs, sous réserve du type de chambre et de la durée maximale par période d'hospitalisation spécifiés au Sommaire des garanties.

FOURNITURES ET SERVICES MÉDICAUX (si couvert dans la garantie, selon le régime choisi)

- **Soins infirmiers**

Les services d'un infirmier autorisé (ou d'un infirmier auxiliaire si un infirmier autorisé n'est pas disponible) qui n'est pas un membre de la famille de l'assuré et qui ne réside pas avec lui, lorsque les services sont rendus au domicile de l'assuré et ne sont pas principalement des soins de garde, sous réserve du remboursement maximum global spécifié au Sommaire des garanties.

- **Service ambulancier**

Les frais de transport par ambulance en direction et en provenance de l'hôpital qui peut assurer les soins d'urgence dont l'assuré a besoin, incluant le transport aérien ou ferroviaire au Canada. Les circonstances médicales ayant nécessité le transport en ambulance doivent être communiquées à l'assureur au moment de la demande de règlement et peuvent remplacer la recommandation médicale du médecin s'il était alors impossible de l'obtenir compte tenu de l'urgence de la situation.

- **Chaussures orthopédiques**

L'achat et la réparation de chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure et d'attelles de Denis Browne, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties. L'achat doit être effectué auprès d'un fournisseur autorisé à vendre de tels articles par le ministère provincial de la santé et des services sociaux. Les chaussures orthopédiques préfabriquées avec des additions ou modifications sont également admissibles.

Exclusion spécifique

Les frais d'achat de chaussures normales faisant partie de l'inventaire courant et de chaussures profondes sont exclus.

- **Orthèses podiatriques**

L'achat d'orthèses podiatriques pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties. L'achat doit être effectué auprès d'un fournisseur autorisé à vendre de tels articles par le ministère provincial de la santé et des services sociaux.

- **Bas de contention**

L'achat de bas de contention, sous réserve du nombre maximum de paires spécifié au Sommaire des garanties.

- **Prothèses**

- Les frais d'achat et la réparation de membres artificiels (incluant le bras myoélectrique) et d'yeux artificiels;
- Les frais d'achat de prothèses capillaires requises à la suite d'une chimiothérapie, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties;
- Les frais d'achat de prothèses mammaires externes requises à la suite d'une mastectomie totale ou radicale, y compris l'achat de deux soutiens-gorge chirurgicaux, sous réserve du montant maximum admissible global spécifié au Sommaire des garanties.

- **Prothèses auditives**

Les frais d'achat et de réparation de prothèses auditives, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties.

- **Stérilet**

Les frais d'achat d'un stérilet, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties.

- **Neurostimulateur transcutané (TENS)**

Les frais de location ou d'achat (au choix de l'assureur) d'un neurostimulateur transcutané, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties.

- **Glucomètre**

Les frais d'achat d'un glucomètre, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties.

- **Injections sclérosantes à des fins médicales**

Seul le coût du médicament injecté est couvert, et le montant maximum admissible par visite et le nombre maximum de visites par année civile sont spécifiés au Sommaire des garanties.

- **Aides à la mobilité et appareils orthopédiques**

- Les frais de location ou d'achat (au choix de l'assureur) d'un fauteuil roulant (incluant les coussins et les insertions), les frais d'achat d'une plaque-support de roue ajustable, et les frais de réparations, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties. **L'assuré doit obtenir l'approbation préalable de l'assureur avant tout achat ou location, à défaut de quoi la demande de règlement peut être rejetée;**
- Les frais d'achat ou de location de béquilles, de cannes et de marchettes, ainsi que les frais d'achat de plâtres, de bandages herniaires, d'appareils orthopédiques, de collets cervicaux et d'orthèses. L'achat d'orthèses et d'appareils orthopédiques doit être effectué auprès d'un fournisseur autorisé à vendre de tels articles par le ministère provincial de la santé et des services sociaux.

- **Tests diagnostiques**

Lorsqu'ils sont jugés nécessaires pour le traitement d'une maladie ou à la suite d'un accident ou, s'il y a lieu, pour un bilan de santé, sous réserve du montant maximum admissible global spécifié au Sommaire des garanties :

- les frais d'analyses de laboratoire, de radiographies, d'électrocardiogrammes, de tomographies par ordinateur (CT Scans), d'échographies et d'imagerie par résonance magnétique (IRM);
- les traitements au radium ou aux rayons X.

- **Équipement médical**

L'assuré doit obtenir l'approbation préalable de l'assureur avant tout achat ou toute location, à défaut de quoi la demande de règlement peut être refusée.

- Les frais de location ou d'achat (au choix de l'assureur) d'un lit d'hôpital manuel standard pour patient alité, jusqu'à concurrence du coût d'un lit manuel standard et sous réserve de la limite et de la fréquence spécifiées au Sommaire des garanties;
- Les frais d'achat de pompes à insuline, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties;
- Les frais d'achat de pompes de compression et de vibromasseurs, sous réserve de la limite et de la fréquence spécifiées au Sommaire des garanties;
- Les frais d'achat ou de location de moniteurs d'apnée pour les dysrythmies respiratoires, sous réserve de la limite et de la fréquence spécifiées au Sommaire des garanties;
- Les frais de location ou d'achat (au choix de l'assureur) d'appareils thérapeutiques couramment utilisés selon les normes du fabricant et reconnus spécifiquement pour le traitement immédiat d'une condition pathologique à la suite d'une maladie ou d'un accident, sous réserve du montant maximum admissible global spécifié au Sommaire des garanties. Cette catégorie d'appareils comprend entre autres les stimulateurs de consolidation de fracture, les appareils d'aérosolthérapie, les pompes à gavage et les respirateurs à pression positive intermittente.

- **Autres fournitures et services médicaux**

- Les frais d'oxygène et la location ou l'achat d'appareils en vue de son administration. L'achat d'appareils est sous réserve de la limite et de la fréquence spécifiées au Sommaire des garanties. L'assuré doit obtenir l'approbation préalable de l'assureur avant tout achat ou toute location, à défaut de quoi la demande de règlement peut être rejetée;
- Les frais d'achat de fournitures pour personnes stomisées, ainsi que d'un larynx artificiel;

- Les frais d'achat de vêtements compressifs pour brûlures majeures;
- Les frais d'achat de pansements médicamenteux;
- Les frais d'achat de fournitures reconnues nécessaires pour le traitement et l'entretien des paraplégiques;
- Les frais d'achat de fournitures médicales servant au gavage;
- Les frais d'achat d'une lunette opaque requise lors d'un traitement de radiothérapie ou contre le psoriasis.

- **Soins dentaires requis en raison d'un accident**

Les services d'un dentiste requis pour la réparation et le remplacement de dents naturelles saines, par suite d'un coup accidentel reçu pendant que la personne est assurée, et non pas par suite de l'introduction volontaire ou non d'un aliment ou d'un objet dans la bouche, à condition que les soins soient rendus ou qu'un plan de traitement satisfaisant soit soumis à l'assureur dans les 12 mois suivant la date de l'accident. Aucun remboursement n'est accordé pour des soins reçus plus de deux ans après la date de l'accident.

Les montants admissibles sont établis selon le Guide des tarifs et nomenclature des actes buccodentaires approuvé par l'Association des chirurgiens-dentistes de la province de résidence de l'assuré. Le remboursement maximum par accident est spécifié au Sommaire des garanties.

SOINS DE LA VUE (*si couvert dans la garantie, selon le régime choisi*)

- **Examen de la vue**

Les frais engagés auprès d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste pour un examen de la vue, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties.

- **Lunettes, verres de contact et chirurgie oculaire**

Le coût de lunettes (verres et montures) et de verres de contact prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste ainsi que les frais d'une chirurgie oculaire au laser pour corriger la myopie, l'hypermétropie ou l'astigmatisme, sous réserve du montant maximum admissible global spécifié au Sommaire des garanties.

Exclusion spécifique

Les frais engagés pour des lunettes de soleil non correctrices ou pour des lunettes protectrices sont exclus.

PARAMÉDICAUX

Les soins ou traitements dispensés par les professionnels ci-dessous ne nécessitent pas de recommandation médicale :

- Sous réserve des montants maximums admissibles par visite et par année civile spécifiés au Sommaire des garanties pour chaque catégorie de professionnel ou pour l'ensemble des professionnels, tel qu'indiqué au Sommaire des garanties. Le professionnel ne doit pas être un membre de votre famille, ni résider avec vous :
acupuncteur, audiologiste, chiropraticien, diététiste, ergothérapeute, homéopathe, massothérapeute, naturopathe, orthophoniste, ostéopathe, physiothérapeute (ou technicien en réadaptation physique ou thérapeute du sport), podiatre (ou pédicure) et psychologue (ou travailleur social ou conseiller en orientation ou psychothérapeute);
- Les frais de radiographies prises par un chiropraticien, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties.

Exclusions générales de la garantie

Les frais relatifs aux éléments suivants ne sont pas remboursés par le régime :

- les soins médicaux auxquels l'assuré a droit en vertu de toute loi fédérale ou provinciale, ou qui sont couverts en vertu d'une telle loi, incluant les frais payables par une commission de la santé et de la sécurité du travail ou un régime d'assurance automobile, ou de toute loi ou autre régime semblables, s'il y a lieu;
- les soins médicaux couverts en vertu de toute loi fédérale ou provinciale (ou en vertu des régimes mentionnés ci-dessus) à la date d'effet de la présente garantie et modifiés, suspendus ou discontinués par la suite;
- les services, les soins ou les produits reçus gratuitement;
- les services, les soins ou les produits administrés à des fins expérimentales;
- les soins de nature préventive;
- les traitements ou prothèses à des fins esthétiques;
- les services d'une infirmière à domicile lorsque celle-ci agit à titre de sage-femme, ou que l'infirmier agit à titre de psychothérapeute ou qu'il donne des soins autres que des soins infirmiers;
- les soins dentaires, à l'exception des soins requis à la suite d'un accident;
- les frais (à l'exception des frais de stérilets) reliés à la planification des naissances, y compris l'insémination artificielle et les frais de laboratoire ou autres reliés aux traitements de fertilité de toute nature, sans égard si l'infertilité est considérée être une maladie ou non;

- en ce qui concerne les appareils thérapeutiques :
 - les articles qui ne sont pas principalement de nature médicale ou qui sont destinés au confort et à la commodité (ex. : les accessoires domestiques tels que baignoires, purificateurs d'air, humidificateurs, climatiseurs et autres appareils de même nature);
 - les appareils de contrôle et de diagnostic (ex. : stéthoscopes, sphygmomanomètres et autres appareils de même nature);
- les frais, services ou produits n'apparaissant pas dans la liste des frais admissibles de la présente garantie;
- les frais qui n'auraient pas été exigés en l'absence d'une garantie d'assurance;
- les frais pour les soins, les traitements, les services ou produits autres que ceux déclarés nécessaires au traitement d'une blessure ou d'une maladie;
- les frais engagés hors Canada;
- les frais couverts en vertu de l'assurance voyage;
- les frais qui découlent directement ou indirectement
 - de dommages corporels que l'assuré s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
 - d'une blessure subie lors de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, sauf dans l'accomplissement de ses fonctions, ou blessure subie durant une guerre;
 - de la commission ou la tentative de commission d'un acte criminel.

Fin de la protection

La protection d'assurance accident/maladie prend fin à la retraite ou à la cessation d'emploi, selon la première échéance. La protection des personnes à charge admissibles prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

Droit de transformation

Si vous cessez d'être admissible à la présente garantie, vous pouvez faire la demande de transformation en assurance individuelle en remplissant le formulaire approprié dans les 31 jours suivant la fin de votre protection, et ce, sans avoir à présenter de preuve d'assurabilité. La prime totale de l'assurance individuelle, selon la fréquence de paiement choisie et approuvée par l'assureur, doit accompagner le formulaire de demande de transformation.

Ce droit s'applique aussi à vos personnes à charge.

Assurance santé - Voyage

Objet de l'Assurance voyage

L'assureur rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la présente brochure.

Urgence ou situation d'urgence : Une situation soudaine et inattendue qui nécessite un traitement médical immédiat suite à :

- une blessure qui résulte d'un accident;
- une nouvelle condition médicale qui débute au cours du voyage; ou
- une condition médicale que l'assuré avait avant un voyage (ou avant de réserver un voyage), mais qui ne fait pas l'objet d'un plan de traitement établi.

Hôpital : Un établissement qui :

- est enregistré en tant qu'hôpital accrédité à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré;
- offre des soins et des traitements à des patients internes ou externes;
- offre les services d'un infirmier diplômé 24 heures par jour;
- dispose d'un laboratoire; et
- a une salle d'opération où des interventions chirurgicales sont pratiquées par un chirurgien légalement accrédité.

Exclusion : tout établissement utilisé principalement comme clinique, établissement ou partie d'établissement pour les soins prolongés, maison de convalescence, maison de repos, établissement thermal ou centre pour le traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme, sauf si l'assureur l'a spécialement autorisé.

Membre de la famille immédiate : Les parents, le conjoint, les enfants de l'assuré, ainsi que ses frères et sœurs.

Événement : Une occurrence isolée de cas d'urgence.

Compagnon de voyage : Les personnes qui partagent des arrangements de voyage payés à l'avance avec l'assuré, sous réserve d'un maximum de 3 compagnons de voyage, pour un voyage donné.

Voyage : Déplacement de l'assuré à l'extérieur de sa province de résidence.

Ce qui est couvert

L'assureur rembourse les frais figurant dans les catégories ci-dessous, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement des frais admissibles est limité au pourcentage de remboursement, aux maximums et à la durée de la protection mentionnés ci-dessous ou dans le Sommaire des garanties;
- l'assuré doit obtenir l'autorisation préalable de l'assureur avant d'engager des frais admissibles;
- les frais doivent être usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante, c'est-à-dire que :
 - le montant facturé est conforme avec le montant généralement facturé par les professionnels de la santé pour des produits et des services semblables dans le lieu géographique où le service ou la fourniture ont été obtenus; et
 - la fréquence et la quantité d'achat des services et des fournitures sont, de l'avis de l'assureur en consultation avec ses consultants médicaux, conforme avec la fréquence et à la quantité généralement prescrites ou nécessaires pour la condition de l'assuré;
- les remboursements sont limités conformément à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie; et
- les remboursements pour la présente garantie sont limités aux frais admissibles en excédent de ceux couverts en vertu de tout autre régime. Lorsque le tribunal détermine qu'une couverture primaire est offerte en vertu du présent contrat et de tout autre régime, la présente garantie sera coordonnée avec l'autre régime; et
- le remboursement est sujet à vérification après remboursement (droit d'audit).

A) Garantie Médico-hospitalière d'urgence

Assurez-vous d'apporter votre carte d'identification Croix Bleue lorsque vous voyagez

L'assureur rembourse les frais admissibles figurant dans cette section si :

- ceux-ci sont engagés en raison d'une urgence;
- l'assuré était couvert par un régime de santé gouvernemental lorsque l'urgence est survenue; et
- l'assureur est d'avis que la dépense est nécessaire pour stabiliser la condition médicale de l'assuré.

Frais admissibles

Hospitalisation : Les frais pour une chambre dans un hôpital (une seule chambre) et les services médicalement nécessaires pour les patients internes et externes.

Honoraires de médecins : Les honoraires pour les services d'un médecin ou d'un chirurgien.

Appareils médicaux : Le coût de plâtres, de béquilles, de cannes, d'écharpes, d'attelles, de bandages herniaires et d'appareils de soutien, ainsi que le coût de location temporaire d'un fauteuil roulant, ou d'un scooter, lorsque prescrits par le médecin traitant.

Soins infirmiers : Sur ordonnance du médecin traitant, les honoraires pour des soins infirmiers privés dispensés par un infirmier ou un infirmier auxiliaire qui n'a aucun lien de parenté avec l'assuré et qui n'est pas un employé de l'hôpital.

Exclusion : les honoraires d'infirmiers pour des soins de garde.

Frais de diagnostic : Les frais d'analyses de laboratoire, de radiographies et d'imagerie diagnostique, lorsque prescrites par le médecin traitant.

Médicaments : Le coût de médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin, sous réserve de la quantité suffisante pour traiter la condition pendant la période du voyage. L'assuré doit fournir une preuve d'achat satisfaisante de ces médicaments, indiquant :

- le nom de l'assuré;
- la date d'achat;
- le nom du médicament;
- le numéro d'identification du médicament, si disponible;
- la posologie et le dosage du médicament; et
- le coût total.

Services paramédicaux : Les honoraires pour les services de chiropraticiens, d'ostéopathes, de pédicures ou podiatres et de physiothérapeutes.

Exclusion : les frais pour les radiographies.

Soins dentaires à la suite d'un accident et autres urgences dentaires : Les honoraires pour les services d'un dentiste pour un traitement :

- a) relatif à l'endommagement de dents naturelles résultant d'un coup direct accidentel à la bouche;
- b) nécessaire pour réparer une fracture ou une dislocation de la mâchoire résultant d'un accident; ou
- c) nécessaire pour soulager une douleur dentaire urgente, autre que les cas figurant en a) ou en b).

Pour un traitement des catégories a) ou b) :

- le traitement doit débuter alors que l'assuré est couvert par la présente garantie et se terminer dans les 6 mois suivant l'accident, sauf si un traitement différé est approuvé par l'assureur en raison de l'âge du patient; et
- le remboursement maximal par événement est de 2 000 \$.

Pour les traitements de la catégorie c), le remboursement maximal par événement est de 200 \$.

Service ambulancier : Les frais de transport terrestre ou aérien en ambulance pour conduire un patient en civière jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Les frais de transport entre hôpitaux sont inclus si le médecin traitant et l'assureur déterminent que les installations existantes ne sont pas appropriées pour le traitement ou la stabilisation de l'assuré.

Rapatriement dans la province de résidence : Les frais pour le rapatriement de l'assuré dans sa province de résidence pour recevoir des soins médicaux immédiats, ainsi que les frais de rapatriement simultané d'un compagnon de voyage ou des membres de sa famille qui l'accompagnent et qui sont couverts en vertu du contrat. Est également admissible le coût d'un préposé médical qui l'accompagne.

Si le retour se fait sur un vol commercial, la couverture inclut :

- le transport en classe économique jusqu'à la ville de résidence de l'assuré au Canada; et
- s'il s'agit d'un préposé médical, le transport de retour en classe économique.

Sauf si le rapatriement ou le transfert de l'assuré est impossible pour des raisons médicales jugées satisfaisantes par l'assureur, ce dernier peut demander le rapatriement de tout assuré ou son transfert vers un autre établissement hospitalier. Si l'assuré refuse le rapatriement ou le transfert, tous ses droits aux prestations prennent fin relativement à l'événement en cause.

Transport pour visiter l'assuré : Les frais exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour le transport aller-retour en classe économique d'un membre de la famille immédiate de l'assuré, jusqu'à l'hôpital où ce dernier a été admis depuis 7 jours ou plus, si le médecin traitant présente un écrit attestant la nécessité d'une telle visite. L'assureur peut toutefois renoncer à appliquer le critère de 7 jours s'il le juge pertinent.

Advenant le décès de l'assuré, les frais exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour le transport aller-retour en classe économique d'un membre de sa famille immédiate, aux fins d'identification de son corps.

Retour du véhicule : Les frais engagés par une agence commerciale pour le retour du véhicule de l'assuré, personnel ou loué, jusqu'à sa résidence ou jusqu'à l'agence de location appropriée la plus proche, lorsque l'assuré est incapable de conduire en raison d'une urgence. Un certificat médical du médecin traitant confirmant l'incapacité médicale de l'assuré à conduire le véhicule est requis. La prestation versée est sujette à un maximum de 1 000 \$ par voyage.

Retour de la dépouille : Les frais pour la préparation et le retour de la dépouille de l'assuré jusqu'à son point de départ dans sa province de résidence, jusqu'à un maximum de 5 000 \$.

Repas et hébergement : Les frais pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial lorsque le voyage de l'assuré est retardé en raison d'une situation d'urgence subie par l'assuré ou son compagnon de voyage. Le médecin traitant doit documenter la raison médicale qui a entraîné le délai. Le remboursement maximal est de 150 \$ par jour et d'un maximum de 20 jours (jusqu'à un montant maximum global de 3 000 \$ par événement).

Tous les frais doivent être appuyés par des reçus d'établissements commerciaux.

B) Assistance voyage

Par l'intermédiaire de son fournisseur d'assistance voyage, l'assureur fournit une ligne d'urgence sans frais, 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, pour les assurés qui ont besoin d'assistance médicale ou générale au cours d'un voyage.

Assistance médicale

Lorsque l'assuré a besoin d'être hospitalisé ou de consulter un médecin en raison d'une urgence, le fournisseur d'assistance voyage de l'assureur fournit les services de soutien suivants :

- diriger l'assuré vers une clinique ou un hôpital appropriés;
- confirmer la couverture de l'assuré auprès du fournisseur de service;
- assurer le suivi du dossier médical et communiquer avec le médecin de famille de l'assuré;
- coordonner le retour à la maison d'un enfant si l'assuré est hospitalisé;
- rapatrier l'assuré dans sa province de résidence si l'assuré répond aux critères requis pour le rapatriement;

- organiser le transport d'un membre de la famille immédiate jusqu'au chevet de l'assuré si ce dernier répond aux critères requis pour une telle visite; et
- coordonner le retour du véhicule de l'assuré si ce dernier répond aux critères requis pour un tel retour.

Assistance générale

Dans les situations d'urgence, le fournisseur d'assistance voyage de l'assureur fournit également les services suivants à l'assuré :

- transmission de messages urgents;
- coordination des demandes de règlement;
- service d'un interprète lors d'appels d'urgence;
- référence à un avocat dans le cas d'un accident grave;
- règlement des formalités en cas de décès;
- assistance en cas de perte ou de vol de papiers d'identité; et
- informations sur les ambassades et les consulats.

Des conseils avant le voyage en ce qui concerne les visas et les vaccins sont également offerts.

L'assureur et son fournisseur d'assistance voyage ne sont pas responsables de la qualité des soins médicaux et hospitaliers reçus par l'assuré, ni de l'accessibilité de ces soins ou de l'impossibilité de les obtenir.

C) Patients dirigés hors Canada

Lorsqu'un médecin traitant dirige un assuré à l'extérieur du Canada pour des soins médicaux non offerts au Canada, l'assureur rembourse la portion des frais figurant ci-dessous qui excède le montant remboursé par le régime de santé gouvernemental de l'assuré.

Services hospitaliers : Les frais pour :

- la chambre d'hôpital;
- la chambre de soins intensifs;
- les services infirmiers;
- les services donnés dans la salle d'opération et la salle de réveil;
- les services de laboratoire et de diagnostic, y compris les radiographies;
- l'oxygène et le sang;
- les médicaments sur ordonnance, y compris les solutions intraveineuses; et
- la physiothérapie.

Médecins et chirurgiens : Les honoraires professionnels demandés par un médecin ou un chirurgien.

Service ambulancier et accompagnateur : Les frais pour les services ambulanciers requis pour le transport d'un patient sur civière en direction ou en provenance de l'hôpital le plus proche pouvant offrir les soins actifs, y compris tous frais pour le voyage d'un infirmier accompagnateur ou d'un préposé médical, sans aucun lien de parenté avec le patient.

Pour être admissibles à la protection, les frais doivent être approuvés au préalable par l'assureur, et le régime de santé gouvernemental de l'assuré doit accepter de couvrir une portion des frais.

D) Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

L'assureur peut payer directement le fournisseur de service. Dans certaines circonstances, l'assuré paie le total de tous frais admissibles au moment de l'achat. L'assureur rembourse ensuite tous frais admissibles à la réception de la preuve de paiement.

E) Exclusions et restrictions

Exclusions générales de la Garantie Voyage

Aucune prestation n'est payable (ou les prestations sont réduites) dans les cas suivants :

- a) l'assuré ne communique pas avec l'assureur en cas d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation à la suite d'une blessure ou d'une maladie;
- b) les dépenses sont engagées après la Durée de la protection mentionnée dans le Sommaire des garanties;
- c) le but du voyage est essentiellement ou accessoirement d'obtenir un avis médical ou un traitement, même si ce voyage est entrepris sur la recommandation d'un médecin, sauf pour les Patients dirigés hors Canada;
- d) les dépenses ont déjà été payées ou sont admissibles à un remboursement de la part d'une tierce partie;
- e) les dépenses ont été engagées au cours d'un voyage dans un pays (ou une région spécifique d'un pays) pour lequel il y a un avertissement aux voyageurs du gouvernement du Canada d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel, lorsque cet avertissement a été émis avant la date de départ et que la perte ou la dépense sont reliées à la raison pour laquelle l'avertissement aux voyageurs a été émis; ou

- f) les dépenses ont été engagées en raison :
- i. de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
 - ii. de tout accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute substance intoxicante ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident;
 - iii. d'une blessure ou d'une maladie résultant du fait que l'assuré, de façon intentionnelle, ne s'est pas conformé au traitement médical ou à la thérapie qui ont été prescrits;
 - iv. d'un suicide, d'une tentative de suicide ou une blessure ou maladie que l'assuré s'inflige ou contracte volontairement; ou
 - v. d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non), de l'hostilité des forces armées de tout pays ou de la participation à une émeute ou à un affrontement public.

F) Exclusions et restrictions spécifiques

Garantie Médico-hospitalière d'urgence

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- a) frais pour tout soin, traitement, chirurgie, produit ou service qui :
 - i. ne sont pas engagés à la suite d'une situation d'urgence;
 - ii. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - iii. sont donnés à de seules fins esthétiques;
 - iv. ne sont pas nécessaires pour le soulagement immédiat d'une douleur ou d'une souffrance aiguës; ou
 - v. peuvent être retardés jusqu'au retour de l'assuré au Canada;
- b) les frais engagés en raison d'une grossesse ou des complications d'une grossesse dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement; ou
- c) les frais engagés en raison d'une situation d'urgence qui survient pendant la participation à :
 - i. un sport contre rémunération;
 - ii. une compétition de véhicules moteurs ou une épreuve de vitesse de tout genre; ou
 - iii. un sport extrême, c'est-à-dire une activité avec un haut niveau de danger inhérent et qui implique souvent de la vitesse, de la hauteur, un haut degré d'effort physique, du matériel hautement spécialisé ou des cascades spectaculaires.

Patients dirigés hors Canada

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- a) services offerts au Canada;
- b) services de santé ou traitements qui ne sont pas disponibles au Canada en raison de listes d'attente;
- c) services de santé ou traitements que les médecins au Canada ont refusé de donner;
- d) services, traitements ou fournitures qui sont expérimentaux ou aux fins de recherche;
- e) services fournis alors que l'assuré ne suit pas un traitement auprès d'un médecin; et
- f) tous frais reliés à toute condition préexistante, telle que définie ci-dessous.

Une condition préexistante est une maladie :

- qui commence dans les 12 mois suivant la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur à l'égard de l'assuré; et
- pour laquelle, dans les 12 mois précédant la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur à l'égard de l'assuré, ce dernier :
 - a eu une consultation médicale;
 - s'est vu prescrire ou a pris des médicaments; ou
 - a reçu un traitement, y compris des tests diagnostiques.

Fin de la garantie voyage

La protection d'assurance voyage prend fin à votre retraite ou à la cessation de votre emploi, selon la première échéance. La protection des personnes à charge prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

La protection prend également fin pour tout assuré le jour où il cesse d'être couvert par la Régie de l'assurance maladie de sa province de résidence.

Fin de la couverture en cours de voyage

Au cours d'un voyage, la garantie voyage prend fin à la première des dates suivantes :

- La date à laquelle l'assuré cesse d'être couvert par la Régie de l'assurance maladie de sa province de résidence; ou
- Le 181^e jour du voyage dans le cas des assurés de moins de 75 ans, le 61^e jour du voyage dans le cas des assurés de 75 ans ou plus.

Assurance soins dentaires

Cette garantie couvre les frais admissibles engagés par vous et vos personnes à charge pour des services dentaires recommandés par un dentiste et dispensés par :

- un dentiste,
- un hygiéniste dentaire sous la surveillance d'un dentiste, ou
- un denturologiste,

sous réserve de la franchise, des pourcentages de remboursement et des maximums indiqués au Sommaire des garanties.

Si vous ou vos personnes à charge adhérez à l'assurance plus de 31 jours après la date à laquelle vous y devenez admissible, le remboursement maximum est limité à 250 \$ pour tous les soins couverts au cours des 12 premiers mois d'assurance.

Calcul des frais admissibles

Le montant admissible pour un service couvert est celui indiqué dans *le Guide des tarifs suggérés des actes bucco-dentaires* approuvé par l'Association des chirurgiens-dentistes ou dans le *Guide des tarifs des denturologistes* de votre province de résidence, édition de l'année mentionnée dans le Sommaire des garanties.

Franchise

La franchise est la partie des frais admissibles que vous devez payer pour vous ou vos personnes à charge avant que l'assureur ne commence à rembourser les frais admissibles en vertu du contrat. La franchise ne s'applique qu'une fois par année civile.

Les frais admissibles engagés au cours des trois derniers mois de l'année civile et qui égalaient ou étaient insuffisants à satisfaire la franchise pour cette année-là peuvent servir à réduire la franchise de l'année civile suivante.

Frais admissibles

Soins préventifs

- Examens et diagnostic
 - examen buccal complet (un par période de 24 mois consécutifs)
 - examen de rappel (un par période de neuf mois consécutifs)
 - examen buccal d'urgence
 - examen d'un aspect particulier (une fois tous les six mois)
- Radiographies
 - intra-orales - périapicales
 - intra-orales - occlusales
 - intra-orales - interproximales
 - série complète et pellicule panoramique (une tous les 24 mois consécutifs combiné)
 - extra-orales
 - sialographies
 - substances radiopaques
 - photographie diagnostique

- Tests et examens de laboratoire
 - culture microbiologique
 - test de vitalité
 - biopsie des tissus buccaux mous
 - biopsie des tissus buccaux durs
 - modèles de diagnostic non montés
 - examen cytologique
- Services préventifs
 - polissage de la partie coronaire des dents (1 fois par période de neuf mois consécutifs)
 - application topique de fluorure (1 fois par période de neuf mois consécutifs)
 - scellants de puits et fissures (assurés âgés de moins de 16 ans)
 - détartrage (14 unités par année civile)
- Appareils de maintien (assurés âgés de moins de 16 ans).

Soins de base

- Services de restauration
 - restauration en amalgame, acrylique, silicate ou en composite sans restriction quant à l'emplacement des dents restaurées
 - tenons de rétention
 - couronnes préfabriquées en acier inoxydable ou polycarbonate (assurés âgés de moins de 16 ans)
- Ajustement de prothèses amovibles
 - ajustements mineurs (1 fois par période de six mois consécutifs)
 - rebasage et regarnissage
 - nettoyage et polissage
 - réparations
- Chirurgie buccale
 - ablation de dents ayant fait éruption (sans complication)
 - ablation chirurgicale (complexe)
 - ablation de tumeurs ou de kystes
 - correction et remodelage des tissus buccaux
 - incision et drainage chirurgicaux
 - trauma bucco-dentaire
 - autres chirurgies buccales
- Services généraux complémentaires
 - Anesthésie générale et sédation consciente (en corrélation avec de la chirurgie)
- Pansement temporaire pour le soulagement d'urgence de la douleur
- Finition des obturations

Endodontie

- coiffage de pulpe
- pulpotomie
- pulpotomie d'urgence
- traumatisme endodontique
- traitement de canal
- chirurgie endodontique
- blanchiment (sur dents dévitalisées seulement)
- apexification

Parodontie

- chirurgie parodontaire
- jumelage provisoire
- soin des infections aiguës
- désensibilisants (maximum de 3 dents par douze mois consécutifs)
- autres services parodontaires complémentaires (les visites post-opératoires sont limitées à quatre visites par année civile)
- curetage, incluant le surfaçage radiculaire (un par période de 60 mois consécutifs)
- appareils parodontaires (bruxisme) (les ajustements sont limités à un par année civile)

Soins de restauration majeure *(si inclus dans la garantie, selon le régime choisi)*

- Restaurations
 - incrustation (une par période de 60 mois consécutifs, par dent)
 - incrustation en porcelaine (si aucune autre substance n'est appropriée) (une par période de 60 mois consécutifs, par dent)
 - facette (une par période de 60 mois consécutifs, par dent)
- Autres services de restauration
 - corps coulé
 - pivot préfabriqué
 - recimentation d'incrustation ou de couronne
 - ablation d'incrustation ou de couronne
- Couronnes (restaurations individuelles seulement), à l'exception des couronnes préfabriquées en acier inoxydable ou polycarbonate, lorsqu'une dent est fracturée par une carie ou une blessure traumatique et qu'elle ne peut être obturée par de l'amalgame ou du composite. Le remplacement d'une couronne en place est inclus si cette couronne date d'au moins 60 mois.
- Ponts fixes, prothèses permanentes amovibles partielles ou complètes, à l'exception des prothèses avec des attaches de précision ou des rupteurs de force, ou des attaches de précision et des couronnes télescopiques pour les ponts fixes, selon les conditions suivantes :
 - la prothèse est nécessaire en raison de l'extraction d'au moins une dent naturelle pendant que l'assurance est en vigueur à l'égard de l'assuré, ou

- la prothèse déjà en place date d'au moins **cinq ans**, ou
 - la prothèse temporaire est remplacée par une prothèse permanente dans les **12 mois** suivant la mise en place de la prothèse temporaire.
- Réparations de prothèses
 - Réparations de prothèses fixes
 - Réfection de prothèses partielles

Orthodontie (*si inclus dans la garantie, selon le régime choisi*)

Le régime rembourse les frais raisonnables engagés pour les traitements orthodontiques destinés à corriger des irrégularités dentaires **d'un enfant à charge âgé d'au moins six ans, mais de moins de 19 ans lorsque le traitement commence.**

Les frais admissibles comprennent :

- Examen buccal
- Appareils amovibles pour replacer les dents
- Appareils fixes ou cimentés
- Appareils de contrôle des habitudes buccales
- Appareils de rétention
- Traitement global majeur

Traitement proposé de plus de 500 \$

Si le coût du traitement prévu dépasse **500 \$**, demandez à votre dentiste de remplir la section « pré-évaluation » du formulaire de demande de règlement, et faites-le parvenir à l'assureur avant le début du traitement. Vous connaîtrez ainsi à l'avance le montant exact du remboursement. Si vous changez de dentiste en cours de traitement, vous devez soumettre une nouvelle évaluation à l'assureur.

Frais qui ne sont pas remboursés par le régime

Les frais suivants ne sont pas remboursés par le régime :

- les frais pour tout traitement ou appareil, directement ou indirectement relié à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;
- les soins donnés par un hygiéniste dentaire qui ne sont pas administrés sous la supervision d'un dentiste, sauf si, dans une province donnée, une telle supervision n'est plus légalement requise;
- les soins dentaires admissibles en vertu de la garantie Accident / Maladie de l'Assurance santé;
- les services et fournitures relatifs au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport;
- les frais payés par un régime gouvernemental ou qui l'auraient été si une demande avait été présentée;

- les frais admissibles en vertu d'une Commission des accidents de travail ou d'un régime d'assurance automobile, ou de toute loi ou régime semblable, le cas échéant;
- les frais qui découlent de tentative de suicide ou blessure volontaire, que l'assuré ait été sain d'esprit ou non;
- les frais qui découlent de blessure subie lors de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, sauf dans l'accomplissement des fonctions de l'assuré, ou blessure subie durant une guerre;
- les soins qui ne sont pas médicalement nécessaires, qui sont donnés dans un but esthétique (les réparations en composite ne sont pas touchées par la présente exclusion);
- les soins qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapie;
- les services ou les soins donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance;
- les soins ou les services reliés aux implants;
- les attaches de précision, les rupteurs de force, les couronnes télescopiques et les chapes de transfert;
- le jumelage pour des raisons de parodontie, lorsqu'on utilise des couronnes ou des incrustations, avec ou sans recouvrement des cuspidés;
- tous frais, services ou produits n'apparaissant pas dans la liste des frais admissibles de la présente garantie.

Restriction

Aucun remboursement n'est effectué relativement à toute partie des frais qui excèdent les frais suggérés dans le guide des tarifs approprié pour le **traitement le moins coûteux qui donne un résultat adéquat** du point de vue professionnel.

Le remboursement des frais de laboratoire se limite aux frais de laboratoire usuels et raisonnables de la localité où les services sont rendus. Toutefois, le remboursement total des frais de laboratoire ne doit en aucun cas dépasser 50 % des frais suggérés dans le guide des tarifs approprié pour le traitement dentaire spécifique nécessitant des services de laboratoire.

Fin de la protection

La protection d'assurance soins dentaires prend fin à votre retraite ou à la cessation de votre emploi, selon la première échéance. La protection des personnes à charge prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

Régime d'assurance de base en cas de mutilation par accident

À l'intention de la Direction de :
Norda Stelo Inc. et les membres de son groupe

Police numéro :
AB30085101

Souscrit auprès de :
Chubb du Canada compagnie d'assurance vie

Date d'effet :
01/01/20

La présente brochure a été rédigée pour résumer un régime collectif établi par Chubb du Canada compagnie d'assurance vie « Chubb Vie ». Pour référence rapide, elle contient de brèves descriptions seulement, et elle ne fait pas état de toutes les dispositions contractuelles de la police. Les droits et obligations des parties aux présents sont régis par le contrat et non par la présente brochure. Pour consulter les dispositions exactes de la police, veuillez communiquer avec votre employeur.

COUVERTURE

Le présent régime vous offre une protection contre les accidents 24 heures par jour, que vous soyez au travail ou non, à la maison, pendant vos voyages d'affaires ou vos vacances, peu importe vos antécédents de santé.

ADMISSIBILITÉ

Toute la direction permanent âgés de moins de 70 ans à temps complet et en service actif auprès du preneur de la police.

CAPITAL ASSURÉ

Vous êtes couverts pour un capital assuré égal à une (1) fois le revenu annuel* arrondi au prochain 1 000 \$ (s'il n'en est pas déjà un multiple) jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$.

*Par «**revenu annuel**», tel qu'utilisé dans les présentes, on entend le salaire annuel de base de la personne assurée, excluant toute rémunération pour heures supplémentaires, bonification ou commission.

Les prestations sont réduites de 50 % à l'âge de 65 ans et prennent fin à l'âge de 70 ans.

Advenant votre décès, le capital assuré sera payable au bénéficiaire que vous avez désigné en vertu de votre régime d'assurance-vie collective ou, en l'absence d'une telle désignation, à votre succession.

Les indemnités payables en vertu des dispositions sousmentionnées seront limitées à une (1) seule police advenant que les garanties soient prévues aux termes de deux (2) polices ou plus établies au nom du preneur de la police par Chubb Vie (à l'exception du Tableau des sinistres, Exposition aux éléments et disparition et Transformation de l'assurance).

TABLEAU DES SINISTRES

Mutilation par accident

Si des blessures accidentelles entraînent l'une des pertes spécifiques mentionnées ci-dessous durant l'année qui suit la date de l'accident, Chubb Vie versera le pourcentage du capital assuré d'après le montant indiqué dans la section capital assuré. Cependant, Chubb Vie versera une prestation seulement, à savoir la plus élevée, pour toutes les blessures résultant d'un même accident.

Pourcentage du capital assuré

Perte de la vue complète des deux yeux	100 %
Perte d'une main et d'un pied	100 %
Pert de l'usage d'une main et d'un pied.....	100 %

Perte d'une main et de la vue complète d'un œil	100 %
Perte d'un pied et de la vue complète d'un œil	100 %
Perte de la parole et de l'ouïe des deux oreilles.....	100 %
Mort cérébrale	100 %
Perte des deux bras, des deux mains, des deux jambes ou des deux pieds	200 %
Perte de l'usage des deux bras, des deux mains, des deux jambes ou des deux pieds	200 %
Quadriplégie	200 %
Paraplégie	200 %
Hémiplégie	200 %
Perte d'un bras ou une jambe	75 %
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe	75 %
Perte d'une main ou d'un pied	75 %
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied.....	75 %
Perte de la vue complète d'un œil	75 %
Perte de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	75 %
Perte du pouce et de l'index de la même main	33 1/3 %
Perte de l'usage du pouce et de l'index de la même main.....	33 1/3 %
Perte de quatre doigts de la même main	33 1/3 %
Perte de l'ouïe d'une oreille.....	33 1/3 %
Perte de tous les orteils d'un même pied.....	25 %

Par «**perte**», on entend, en ce qui concerne une main ou un pied, la séparation complète à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus ; en ce qui concerne un bras ou une jambe, la séparation complète à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus ; en ce qui concerne un œil, la perte totale et irrémédiable de la vue ; en ce qui concerne la parole, la perte totale et irrémédiable de la voix dans la mesure où aucun degré de communication verbale audible n'est possible ; en ce qui concerne l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe qui ne peut être corrigée par aucun appareil auditif ou aide à l'audition ; en ce qui concerne le pouce et l'index de la même main ou les quatre doigts de la même main, la séparation complète à l'articulation métacarpophalangienne (l'articulation entre le doigt et la main) ou au-dessus ; en ce qui concerne les orteils du même pied, la séparation complète à l'articulation métatarsophalangienne (l'articulation entre l'orteil et le pied) ou au-dessus. Si vous subissez l'amputation complète d'une main, d'un pied, d'un bras ou d'une jambe tel que décrit ci-dessus, Chubb Vie versera le montant indiqué ci-dessus si le membre amputé est attaché à nouveau par intervention chirurgicale, que l'intervention chirurgicale soit réussie ou non.

Par «**perte**», on entend, en ce qui concerne la quadriplégie (la paralysie des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs), la paraplégie (la paralysie des deux membres inférieurs) et l'hémiplégie (la paralysie complète frappant une moitié du corps), la paralysie complète et irrémédiable desdits membres, si la perte de fonction a persisté pendant une période de cent quatre-vingts (180) jours consécutifs et si ladite perte de fonction a par la suite été déclarée permanente, moyennant la remise de preuves jugées satisfaisantes par Chubb Vie.

Par «**perte de l'usage**», on entend la perte totale et irrémédiable de la fonction d'un bras, d'une main, d'un pied, d'une jambe ou du pouce et de l'index de la même main, si la perte de fonction a persisté pendant une période de douze (12) mois consécutifs et si ladite perte de fonction a par la suite été déclarée permanente, moyennant la remise de preuves jugées satisfaisantes par Chubb Vie.

Par «**mort cérébrale**», on entend un état d'inconscience irréversible où toute fonction cérébrale a disparu ; absence totale d'activité électrique dans le cerveau, même si le cœur continue de battre.

Toutes les indemnités prévues en fonction de 200 % du capital assuré sont assujetties à une indemnité combinée maximale de 1 000 000 \$.

Réadaptation

Si des blessures entraînent le versement d'une indemnité par Chubb Vie aux termes d'une des garanties prévues, Chubb Vie versera également les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés pour assurer aux employé assuré une formation spéciale, jusqu'à concurrence de 15 000 \$, pourvu :

- a. que ladite formation soit requise à cause de telles blessures et afin de permettre à l'employé assuré d'obtenir les qualifications requises pour exercer un emploi ou une profession qu'il n'exercerait pas si il n'avait pas subi les blessures en question ;
- b. que les frais soient engagés au cours des 2 années qui suivent la date de l'accident ;
- c. qu'aucune indemnité ne soit versée pour les frais ordinaires de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Transport de membres de la famille

Si des blessures nécessitent que l'assuré doit être admis dans un hôpital qui se situe à plus de 150 kilomètres de sa ville de résidence permanente ou hors du Canada, et que le médecin traitant recommande, par écrit, qu'un membre de sa famille immédiate soit présent, Chubb Vie remboursera les frais de transport effectivement engagés par le membre de sa famille pour se rendre à son chevet, et ce, par le trajet le plus direct par un transporteur public dûment autorisé, sans toutefois dépasser 15 000 \$.

Par «**membre de la famille**» on entend conjoint, parents, nouveau conjoint du père ou de la mère, enfants, enfants du conjoint, frères ou sœurs, demi-frères ou demi-sœurs, beaux-frères et belles-sœurs, beaux-parents, gendres et brus.

Modification du domicile et du véhicule

Si l'assuré subit une blessure qui entraîne le versement d'une indemnité par Chubb Vie aux termes du Tableau des pertes, et si cette blessure l'oblige par la suite à utiliser un fauteuil roulant pour se déplacer, Chubb Vie remboursera, une fois seulement, les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés au cours des 365 jours qui suivent la date de l'accident pour :

1. les coûts d'une modification unique apportée au domicile principal de l'assuré pour rendre ledit domicile accessible en fauteuil roulant et habitable par l'assuré ; et
2. les coûts d'une modification unique apportée au véhicule automobile utilisé par l'assuré pour rendre ledit véhicule accessible et utilisable par l'assuré.

Toutefois, ces indemnités ne seront versées que si :

- i. les modifications du domicile sont effectuées par des personnes spécialisées dans le domaine et recommandées par un organisme reconnu fournissant soutien et assistance aux personnes utilisant des fauteuils roulants ; et
- ii. les modifications du véhicule sont effectuées par des personnes spécialisées dans le domaine et qu'elles sont approuvées par les autorités provinciales compétentes en matière d'immatriculation des véhicules automobiles.

L'indemnité maximale payable en vertu des items 1 et 2 combinés sera 10 % du capital assuré, jusqu'à concurrence de 50 000 \$.

Rente mensuelle en cas d'hospitalisation

Si, à la suite d'un accident, qui entraînent le versement d'une indemnité aux termes du Tableau des pertes, l'assuré est hospitalisé comme patient interne et qu'il est sous les soins d'un médecin ou d'un chirurgien dûment autorisé autre que lui-même, Assurance-vie versera, pour chaque mois complet, 1 % du capital assuré de l'assuré, sous réserve d'une indemnité maximale de 2 500 \$, ou un trentième de ladite rente mensuelle pour chaque jour d'un mois partiel, rétroactivement au premier jour d'hospitalisation, sans toutefois excéder 365 jours au total pour chaque période d'hospitalisation.

Par «**hôpital**», tel qu'utilisé dans les présentes, on entend un établissement légalement constitué qui satisfait aux exigences suivantes : (1) cet établissement s'occupe principalement de la réception, des soins et du traitement des personnes malades ou blessées qui sont hospitalisées ; (2) il fournit, 24 heures sur 24, des soins infirmiers prodigués par des infirmières ou infirmiers diplômés ou autorisés ; (3) le personnel compte un ou plusieurs médecins dûment autorisés, disponibles en tout temps ; (4) il fournit des services de diagnostic et d'intervention chirurgicale ; et (5) il n'est pas principalement une clinique, une maison de soins infirmiers ou de convalescence ou un établissement semblable et

n'est pas, autre que par incidence, un établissement pour alcooliques ou toxicomanes.

Par «**personne hospitalisée**», on entend une personne admise dans un hôpital en tant que résidente ou qui y occupe un lit et à qui l'hôpital donne une chambre et la pension pour au moins une journée.

Atteintes esthétiques

Si un assuré subit une brûlure au troisième degré dans un accident, Chubb Vie versera un pourcentage du capital assuré qui sera en fonction de la partie du corps atteinte, selon le tableau suivant, sous réserve d'une indemnité maximale payable de 25 000 \$:

Partie du corps	Pourcentage (%) du capital assuré
Visage, cou, tête.....	100 %
Main et avant bras	25 %
Bras (partie supérieure) (droit ou gauche)	15 %
Torse (face antérieure ou postérieure).....	35 %
Cuisse (droite ou gauche).....	10 %
Jambe (droite ou gauche) sous le genou	25 %

Advenant que la brûlure couvre 50 % de la partie atteinte, le pourcentage de l'indemnité sera réduit de 50 %. Ce tableau ne fait état que des pourcentages plafonds du capital assuré payables pour tout accident. Si l'assuré subit des brûlures sur plus d'une partie du corps lors d'un accident, les indemnités n'excéderont pas un maximum of 25 000 \$.

Port de la ceinture de sécurité

Si l'assuré subit une blessure qui entraîne le versement d'une indemnité aux termes du Tableau des pertes, le capital assuré de l'assuré sera augmenté de 10 % jusqu'à concurrence de 25 000 \$ si, au moment de l'accident, l'assuré était conducteur ou passager d'un véhicule automobile et qu'il portait une ceinture de sécurité de manière appropriée.

Une attestation satisfaisante du port de la ceinture de sécurité doit accompagner la demande d'indemnisation écrite.

Par «**véhicule**», on entend une voiture privée à passagers, une voiture familiale, une fourgonnette ou une voiture du genre Jeep. Par «**ceinture de sécurité**», on entend les ceintures qui font partie du système de retenue des occupants du véhicule.

Transformation de l'assurance

À la date de cessation d'emploi ou au cours de la période de 31 jours suivant la cessation d'emploi, un assuré peut transformer son assurance en police

d'assurance mutilation accidentels individuelle (excluant l'avenant Maladies graves) auprès de Chubb Vie. La police individuelle entrera en vigueur à la date à laquelle la proposition est reçue par Chubb Vie ou à la date à laquelle les garanties en vertu de la police collective prennent fin, selon la première éventualité. La prime sera celle qu'une personne ordinaire paierait si elle souscrivait la police à cette date.

Exposition aux éléments et disparition

Toute perte qui résulte d'une exposition inévitable aux éléments sera couverte dans la mesure prévue dans la police pour une telle perte.

Exonération des primes

Advenant qu'un employé assuré de moins de 65 ans est totalement invalide pour une période de 6 mois consécutifs pendant que la police est en vigueur, et qu'il présente une déclaration d'invalidité totale jugée satisfaisante par Chubb Vie, Chubb Vie exonérera le règlement de chaque prime échue pour l'employé assuré et ses personnes à charge assurées. Sous réserve de toutes les dispositions de la police, l'exonération du règlement de toute prime prévue aux termes des présentes se poursuivra en ce qui a trait à l'employé assuré jusqu'à la première des circonstances suivantes : l'âge de 65 ans de l'employé assuré ou la résiliation de la police. Si l'employé assuré cesse d'être invalide et revient au travail chez le preneur de la police et que l'employé assuré appartient à une catégorie admissible, l'assurance en ce qui a trait audit employé assuré pourra se poursuivre dès la reprise du règlement des primes par l'employé assuré ou par le preneur de la police.

Si, après 120 jours, un employé assuré reçoit l'approbation de toute demande d'indemnisation pour invalidité de longue durée prévue en vertu de la police d'assurances collectives souscrite par l'intermédiaire de l'employeur, Chubb Vie exonérera alors le règlement de chaque prime d'assurance mutilation accidentels sous réserve des dispositions qui précèdent.

Périodes successives d'invalidité

Si un employé assuré redevient totalement invalide en raison de la même maladie ou d'une maladie connexe dans les 6 mois de la cessation de l'exonération des primes, alors, toutes les périodes successives d'invalidité répondant à ce critère seront considérées comme une prolongation de la même invalidité, et Chubb Vie exonérera l'employé de la période d'attente de 6 mois. Si la même invalidité revient plus de 6 mois après la cessation de l'exonération des primes, ladite invalidité sera considérée comme une invalidité distincte. Deux invalidités attribuables à des causes non reliées sont considérées comme des invalidités distinctes si elles sont séparées par un retour au travail d'une durée d'au moins 1 journée.

Cessation de l'exonération des primes

L'exonération des primes cessera à la première des dates suivantes :

- a. la date à laquelle l'employé cessera de répondre à la définition de l'invalidité totale de la police ;
- b. la date à laquelle l'employé ne présentera plus à Chubb Vie les déclarations médicales appropriées jugées nécessaires par Chubb Vie ;
- c. la date à laquelle l'employé ne recevra plus de soins réguliers et constants ni de traitements de la part d'un médecin habilité à traiter l'état de santé de l'employé, comme l'a déterminé Chubb Vie ;
- d. la date à laquelle l'employé ne se prêtera plus à des évaluations médicales, psychiatriques, psychologiques, fonctionnelles, éducationnelles et (ou) professionnelles effectuées par un expert désigné par Chubb Vie ;
- e. la date de la résiliation de la police ;
- f. la date à laquelle l'employé atteindra l'âge de 65 ans ;
- g. la date du décès de l'employé.

Garanties pendant l'exonération des primes

Pendant l'exonération des primes, l'assurance mutilation accidentels de base en vertu de la police sur la tête de l'employé et de ses personnes à charge demeureront en vigueur. Le capital assuré en vertu de ces garanties d'assurance sera la somme qui était en vigueur à la date du début de l'invalidité, sous réserve de toute disposition de la police en ce qui a trait à une réduction attribuable à l'âge ou à la résiliation.

«Invalidité totale ou totalement invalide» : En ce qui a trait à l'exonération des primes, état d'incapacité résultant d'une blessure ou d'une maladie qui empêche l'employé d'exercer les fonctions de son poste habituel pendant 6 mois consécutifs.

Maintien en vigueur des garanties

Dans le cas d'un assuré principal qui est 1) mis à pied temporairement; 2) temporairement absent du travail en raison d'une invalidité de courte durée; ou 3) en congé autorisé, les garanties seront maintenues en vigueur pour une période de 12 mois suivant le début de tout tel événement, sous réserve du règlement des primes.

Dans le cas d'un assuré principal qui est en congé de maternité ou en congé parental, les garanties seront maintenues en vigueur pour une période maximale de 18 mois suivant le début de tout tel événement, sous réserve du règlement des primes.

Si un assuré exerce un autre emploi durant son congé ou sa mise à pied, aucune indemnité ne sera payable en cas de sinistre survenant durant l'exercice de cet autre emploi.

EXCLUSIONS

Le régime ne couvre pas toute perte causée par ou résultant de ce qui suit :

- a. blessures que l'assuré s'inflige volontairement, suicide ou tentative de suicide, que l'assuré soit sain d'esprit ou non ;
- b. guerre déclarée ou non, ou acte de guerre ; sauf dans la mesure prévue par la couverture en cas des risques de guerre (veuillez communiquer avec le service des ressources humaines pour de plus amples renseignements) ;
- c. service actif de l'assuré à temps complet dans les forces armées de tout pays ou autorité internationale (toutes les primes réglées feront l'objet d'un remboursement proportionnel par Chubb Vie pour toute période de service actif à temps complet) ;
- d. vol ou déplacement dans tout véhicule ou aéronef, sauf si ledit vol ou déplacement est prévu à la section «Risques divers» des dispositions relatives à l'assurance décès et mutilation accidentels de la police.
- e. les voyages à bord d'un aéronef qui appartient ou est loué par le preneur de la police, par l'assuré ou par tout membre de sa famille, ou d'un aéronef utilisé aux fins d'épreuves ou d'essais ou pour combattre les incendies, inspecter les lignes de transport d'électricité, inspecter les pipelines, effectuer de la photographie aérienne ou faire de l'exploration.

DEMANDE D'INDEMNISATION

Advenant un sinistre, vous pouvez vous procurer des formulaires de demande d'indemnisation auprès de l'administrateur de vos avantages sociaux.

L'avis de sinistre doit être fourni à Chubb Vie au cours des 30 jours qui suivent la date de l'accident, la date du début de l'invalidité ou après la période de survie et les preuves de sinistre subséquentes doivent être soumises à Chubb Vie dans les 90 jours qui suivent ladite date de l'accident ou après la période de survie.

L'omission de présenter une déclaration de sinistre ou une demande d'indemnisation dans les délais prescrits par la disposition de la police n'invalidera pas la demande d'indemnisation si la déclaration ou la demande d'indemnisation est fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire et qu'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de fournir ladite déclaration ou ladite demande d'indemnisation dans lesdits délais. Chubb Vie n'acceptera en aucun cas une déclaration de sinistre plus de 1 an après la date du sinistre.

DISPOSITION GÉNÉRALES

Bénéficiaire

Tout employé ou tout conjoint a le droit de désigner un bénéficiaire lorsqu'il demande de participer à l'assurance. Il est entendu que la désignation de bénéficiaire faite en vertu de la police d'assurance vie collective du titulaire de la

police sera reconnue comme le bénéficiaire en vertu de la présente police, à moins qu'une désignation de bénéficiaire supplémentaire soit faite spécifiquement en vertu de la présente police. En l'absence d'une telle désignation, la prestation sera versée à la succession de la personne assurée.

Toutes les autres prestations prévues dans la présente police seront payables à la personne assurée.

Un assuré peut changer sa désignation de bénéficiaire en tout temps, là où la Loi le permet. L'assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou de tout changement de bénéficiaire.

Le bénéficiaire désigné par l'adhérent (le cas échéant) a été conservé dans le cadre du remplacement de la police d'assurance collective. Ce dernier doit vérifier le bénéficiaire actuellement désigné afin de s'assurer qu'il correspond à sa volonté réelle.

La police contient une disposition retirant ou limitant le droit de la personne assurée de nommer des personnes à qui ou pour le compte desquelles la prestation d'assurance peut être versée.

Poursuites judiciaires

Toute action ou procédure contre un assureur visant le recouvrement de prestations versables en vertu du contrat est absolument interdite, sauf si elle est intentée dans les délais indiqués dans la Loi sur les assurances, la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* ou une autre loi applicable dans la province de résidence de l'assuré.

Changement d'assureur

Une personne assurée en vertu d'une police antérieure ne peut pas être exclue en vertu de la nouvelle police ni se voir refuser des garanties strictement parce que les restrictions relatives à la clause régissant les états de santé préexistants ne s'appliquaient pas ou n'étaient pas prévues aux termes de la police antérieure, ou parce que la personne assurée n'est pas au travail à la date de l'entrée en vigueur de la nouvelle police.

La personne assurée et tout autre demandeur en vertu de la police peut obtenir sur demande, conformément à toute loi applicable dans la province de résidence de la personne assurée, une copie de la demande de participation de la personne assurée, une preuve écrite d'assurabilité (le cas échéant) et un exemplaire de la police d'assurance, le tout soumis à certaines limitations d'accès.

CHUBB

Chubb Vie est membre du Groupe Chubb compagnies d'assurance, nous exerçons nos activités dans 54 pays et commercialisons des produits d'assurance de responsabilité commerciale et de responsabilité civile, ainsi que des produits d'assurance vie, d'assurance accidents, des régimes complémentaires d'assurance maladie et des produits de réassurance à une clientèle diversifiée.

Chubb Limitée, la compagnie-mère de Chubb Vie, est cotée à la Bourse de New York (NYSE : CB) et fait partie de l'indice S&P 500.