

Le présent document n'est pas une copie de la police. Il vous résume cependant toutes les garanties d'assurance qui en font partie, sans que, pour autant, vous participiez à toutes ces garanties. Advenant une divergence entre le libellé du document et la police, c'est la police qui fera autorité dans la mesure prévue par la loi.

Veillez noter que vous ne participez qu'aux garanties indiquées à votre certificat d'assurance.

POLICE D'ASSURANCE COLLECTIVE NUMÉRO : **018805 - 00**

Conformément aux termes et conditions de la police émise à :

APCRV-IUGS (CTAC SOLUTION)

« le preneur »

HUMANIA ASSURANCE INC.

« l'assureur »

s'engage à payer les prestations ou indemnités prévues aux termes de la police, contre paiement par le preneur des primes exigées.

Date d'entrée en vigueur	:	Le 1er juin 2017
Date de renouvellement	:	Le 1er décembre 2018
Renouvellement subséquent	:	Le 1er décembre de chaque année

Ce document renferme des renseignements importants et doit être conservé en lieu sûr.

TABLE DES MATIÈRES

GÉNÉRALITÉS.....	3
SOMMAIRE DES GARANTIES	4
Assurance vie de l'adhérent	4
Assurance décès ou mutilation par accident de l'adhérent	6
Assurance vie des personnes à charge.....	8
Assurance salaire longue durée	9
Assurance frais médicaux.....	10
Assurance voyage	12
DÉFINITIONS	13
CONDITIONS GÉNÉRALES	18
DESCRIPTION DES GARANTIES	25
Assurance vie de l'adhérent	25
Assurance vie des personnes à charge.....	29
Assurance décès ou mutilation par accident	32
Assurance salaire longue durée	37
Assurance frais médicaux.....	42
Assurance voyage	50
Assurance frais annulation voyage.....	61
PRIMES MENSUELLES.....	69
ANNEXE	70

GÉNÉRALITÉS

Sous-groupe 00

Catégories 1 - 2

PROFESSIONNELS DE RECHERCHE DU CSSS

Catégories 3 - 4

PROFESSIONNELS DE RECHERCHE DU CSSS AYANT 65 ANS ET PLUS

N.B. Chiffres impairs : Protection individuelle

Chiffres pairs : Protection familiale

Période d'attente

Catégories 1 - 2 - 3 - 4

De trois (3) mois de service continu.

Exigences d'assurabilité

Chacune des garanties est sujette aux exigences d'assurabilité qui y sont décrites.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Assurance vie de l'adhérent

Sous-groupe 00

Catégories 1 - 2

Montant au décès

1 X le salaire annuel arrondi au 1 000 \$ suivant

Maximum : 500 000 \$

Exigences d'assurabilité

- a. Dans tout autre cas, l'adhérent doit établir son assurabilité à la satisfaction de l'assureur pour tout montant en excédent de 150 000 \$.

Réduction

Le montant d'assurance est réduit de 50 % lorsque l'adhérent atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans.

Terminaison

Lorsque la garantie d'assurance vie est en vigueur, celle-ci prend fin lorsque l'adhérent atteint l'âge de soixante-quinze (75) ans.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Assurance vie de l'adhérent

Sous-groupe 00

Catégories 3 - 4

Montant au décès

50 % du salaire annuel arrondi au 1 000 \$ suivant

Maximum : 250 000 \$

Exigences d'assurabilité

- a. Dans tout autre cas, l'adhérent doit établir son assurabilité à la satisfaction de l'assureur pour tout montant en excédent de 150 000 \$.

Terminaison

Lorsque la garantie d'assurance vie est en vigueur, celle-ci prend fin lorsque l'adhérent atteint l'âge de soixante-quinze (75) ans.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Assurance décès ou mutilation par accident de l'adhérent

Sous-groupe 00

Catégories 1 - 2

Montant * additionnel en cas de décès ou mutilation par accident

1 X le salaire annuel arrondi au 1 000 \$ suivant

Maximum : 500 000 \$

Exigences d'assurabilité

- a. Dans tout autre cas, l'adhérent doit établir son assurabilité à la satisfaction de l'assureur pour tout montant en excédent de 150 000 \$.

Réduction

Le montant d'assurance est réduit de 50 % lorsque l'adhérent atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans.

Terminaison

Lorsque la garantie d'assurance décès ou mutilation par accident est en vigueur, celle-ci prend fin lorsque l'adhérent atteint l'âge de soixante-quinze (75) ans.

* Montant assuré établi en fonction des divers types de perte, tel que spécifié dans la description de cette garantie.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Assurance décès ou mutilation par accident de l'adhérent

Sous-groupe 00

Catégories 3 - 4

Montant * additionnel en cas de décès ou mutilation par accident

50 % du salaire annuel arrondi au 1 000 \$ suivant

Maximum : 250 000 \$

Exigences d'assurabilité

- a. Dans tout autre cas, l'adhérent doit établir son assurabilité à la satisfaction de l'assureur pour tout montant en excédent de 150 000 \$.

Terminaison

Lorsque la garantie d'assurance décès ou mutilation par accident est en vigueur, celle-ci prend fin lorsque l'adhérent atteint l'âge de soixante-quinze (75) ans.

* Montant assuré établi en fonction des divers types de perte, tel que spécifié dans la description de cette garantie.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Assurance vie des personnes à charge

Sous-groupe 00

Catégories 2 - 4

Montant au décès

Conjoint : 10 000 \$

Enfants : 5 000 \$

Terminaison

Lorsque la garantie d'assurance vie est en vigueur, celle-ci prend fin lorsque la personne à charge atteint l'âge de soixante-quinze (75) ans.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Assurance salaire de longue durée

Sous-groupe 00

Catégories 1 - 2

Prestation mensuelle

% du salaire assuré	Salaire mensuel
76 %	sur les premiers 1 250 \$
54 %	sur les 3 750 \$ suivants
45 %	de l'excédent

Le montant de la prestation mensuelle, maximum 6 000 \$ (prestation non imposable)

Délai de carence

En cas de blessures accidentelles : cent dix-neuf (119) jours

En cas de maladie : cent dix-neuf (119) jours

Période maximale des prestations

En cas de blessures accidentelles : jusqu'à l'âge de soixante-cinq (65) ans

En cas de maladies : jusqu'à l'âge de soixante-cinq (65) ans

Exigences d'assurabilité

- a. Dans tout autre cas, l'adhérent doit établir son assurabilité à la satisfaction de l'assureur pour tout montant en excédent de 3 500 \$.

Terminaison

Lorsque la garantie d'assurance salaire de longue durée est en vigueur, celle-ci prend fin lorsque l'adhérent atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Assurance frais médicaux

(Au Canada)

Sous-groupe 00

Catégories 1 - 2 - 3 - 4

Frais non partagés

Franchise	: Aucune
Coassurance	: 100 % des frais admissibles

Frais partagés

Franchise	: Aucune
Coassurance médicaments d'origine (unique)	: 80 % des frais admissibles
médicaments d'origine (plusieurs fabricants)	: 80 % des frais admissibles*
médicaments génériques	: 80 % des frais admissibles*
autres protections	: 70 % des frais admissibles, sauf les frais de soins à domicile qui sont remboursés à 100 %

*Coûts usuels et coutumiers contrôlés par un algorithme modulant les marges bénéficiaires du distributeur et du pharmacien qui viennent s'ajouter au prix coûtant de l'ingrédient établis selon le coût le plus bas du médicament générique ou l'équivalent thérapeutique disponible sur le marché.

***** Résidents du Québec**

Pour l'ensemble des médicaments inclus dans la liste du Régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAM), le pourcentage de coassurance s'applique jusqu'au plafond annuel fixé par la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Lorsque la contribution maximale aux frais admissibles de l'assuré et de ses personnes à charge excède le seuil maximum prévu de la RAMQ, le pourcentage de coassurance est augmenté à 100 % des frais admissibles selon le plan ou à 100% du montant admissible de la RAMQ si supérieur. Pour certains médicaments couverts, les assurés peuvent avoir à déboursier un montant supplémentaire. Cet excédent correspond à la différence entre le coût du médicament facturé et le coût du médicament admissible.

Exemple du traitement des frais admissibles et du calcul du montant admissible payable à l'adhérent

Supposons que le contrat d'une personne assurée prévoit que les frais admissibles sont limités à 50 \$ pour cette réclamation. Ce maximum est indiqué au Sommaire des garanties de la police.

Supposons aussi que le pourcentage de remboursement applicable aux frais admissibles est de 80% (coassurance).

Dans cet exemple de calcul, l'assuré réclame des frais totalisant 80 \$.

Dans cette situation, le montant payable serait calculé comme suit :

Montant soumis	: 80 \$
Maximum admissible	: 50 \$* (montant utilisé aux fins du calcul)
Pourcentage de coassurance	: 80% (applicable aux frais admissibles après franchise)
Montant payable à l'adhérent	: $50 \$* \times 80\% = 40 \$$

Paiement direct : remboursement des médicaments

Le paiement des médicaments prescrits se fait directement au pharmacien participant. Le montant du paiement comprend le coût du médicament moins la franchise et la coassurance s'appliquant à cette garantie.

Terminaison

Lorsque la garantie d'assurance frais médicaux est en vigueur, celle-ci prend fin à la date de cessation d'emploi de l'adhérent.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Assurance voyage

(Frais encourus hors du Canada)

Sous-groupe 00

Catégories 1 - 2 - 3 - 4

Franchise : Aucune

Coassurance : 100%

Maximum : 5 000 000 \$ par assuré par année civile pour l'ensemble des frais.

Maximum pour annulation voyage : 5 000 \$ par assuré, pour le voyage projeté.

Terminaison

Lorsque la garantie d'assurance voyage est en vigueur, celle-ci prend fin lorsque l'assuré atteint l'âge de soixante-dix (70) ans.

DÉFINITIONS

Employeur

APCRV-IUGS (CTAC SOLUTION)

Adhérent

L'employé qui remplit les conditions d'admissibilité et qui produit une demande d'assurance.

Assuré

L'adhérent et ses personnes à charge lorsque l'assurance est entrée en vigueur selon les conditions de la police.

Personnes à charge

Le conjoint et l'enfant à charge d'un adhérent qui ont été déclarés à l'assureur et tels que définis ci-après :

Conjoint

La personne :

1. qui est mariée avec l'adhérent et cohabite avec lui; ou
2. qui vit maritalement avec l'adhérent depuis au moins douze (12) mois consécutifs; ou immédiatement si un enfant est né de leur union et
 - a. est désignée sur le formulaire « Déclaration d'état matrimonial » au titre de conjoint par l'employé et
 - b. est publiquement présentée comme son conjoint.

Toutefois, l'annulation du mariage, le divorce ou la séparation entraîne la perte du statut de conjoint.

Enfant à charge

Pour être admissible, l'enfant de l'adhérent ou de son conjoint doit être célibataire et sans emploi à plein temps, il doit résider au Canada et doit dépendre de l'adhérent ou de son conjoint pour son soutien. De plus, l'enfant doit :

1. être âgé de moins de vingt et un (21) ans; ou
2. être âgé de vingt et un (21) ans à vingt-cinq (25) ans inclusivement et fréquenter une maison d'enseignement reconnue où il est inscrit à titre d'étudiant à temps plein; ou

3. quel que soit son âge, avoir été frappé d'invalidité totale avant son dix-huitième (18e) anniversaire de naissance et demeurer totalement invalide depuis.

A

Accident

Événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause externe de nature violente et qui occasionne, directement et indépendamment de toute autre cause, des lésions corporelles.

B

Blessure corporelle

Lésion corporelle résultant directement d'un accident subi par l'assuré alors que la police est en vigueur.

C

Coassurance

Pourcentage des frais admissibles assumés par l'assureur.

Chirurgie d'un jour

Chirurgie nécessitant l'intervention d'un anesthésiste.

D

Date de mise à la retraite

Date à laquelle un adhérent débute sa retraite selon :

1. le régime de retraite auquel il participe; ou
2. la convention de travail en vigueur chez l'employeur; ou
3. la pratique en usage chez l'employeur.

Délai de carence

Période au cours de laquelle l'adhérent, bien que totalement invalide, n'a droit à aucune prestation. La durée de cette période est indiquée au Sommaire des garanties.

Dentiste

Tout dentiste ou chirurgien-dentiste membre en règle de son ordre professionnel provincial ou d'une association professionnelle reconnue par l'autorité législative ayant juridiction où le dentiste exerce, et pratique activement sa profession au Canada.

Denturologiste

Tout denturologiste membre en règle de son ordre professionnel provincial ou d'une association professionnelle reconnue par l'autorité législative ayant juridiction où le denturologiste exerce, et pratique activement sa profession au Canada.

E

Éléments naturels

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

F

Franchise

Partie des frais admissibles que doit assumer l'assuré avant que l'assureur effectue un remboursement. La franchise ne s'applique qu'une fois par année civile.

Les frais admissibles assumés par l'assuré au cours des trois (3) derniers mois d'une année civile et servant à couvrir en partie ou en totalité la franchise de l'année, sont appliqués en réduction de la franchise de l'année suivante.

Franchise par médicament

Montant que doit assumer l'assuré pour chaque médicament admissible avant que l'assureur effectue un remboursement.

H

Hôpital

Institution reconnue comme centre hospitalier de soins de courte durée en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation du Québec et régie par cette loi, ou à l'extérieur du Québec, par une loi équivalente, à l'exception toutefois de l'unité de soins prolongés ou de l'unité de soins réservée aux convalescents.

Hospitalisation

Séjour à l'hôpital d'une durée minimale de dix-huit (18) heures à titre de patient alité ou à la suite d'une chirurgie d'un jour.

I

Invalidité totale

Pendant le délai de carence prévu dans la garantie d'assurance salaire et la période de vingt-quatre (24) mois qui suit le début de l'invalidité : État de l'adhérent résultant d'un accident ou une maladie qui le rend inapte à remplir toutes et chacune des fonctions inhérentes à son occupation et qui, durant cette période, n'occupe pas un autre emploi et est sous les soins et traitements continus et appropriés d'un médecin.

Si l'invalidité persiste au-delà de cette période : État de l'adhérent inapte à vaquer à toute occupation ou tout travail rémunérateur pour lequel il est raisonnablement qualifié par sa formation, son éducation et son expérience sans égard à la disponibilité d'emploi, qui n'occupe aucun emploi, sauf dans le cadre d'un programme de rééducation approuvé par l'assureur, et est sous les soins et traitements continus et appropriés d'un médecin.

Une invalidité totale, débutant plus de trente et un (31) jours après un accident, est considérée comme résultant d'une maladie.

J

Jour

Jour calendrier, sauf indication contraire dans la garantie.

M

Maison de convalescence

Institution reconnue comme centre hospitalier de soins prolongés en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation du Québec et régie par cette loi, ou à l'extérieur du Québec, par une loi équivalente, et l'unité de soins prolongés ou de l'unité de soins réservée aux convalescents dans un hôpital.

Médecin

Professionnel de la santé légalement autorisé à pratiquer la médecine au Canada, en vertu de son doctorat en médecine (M.D.), qui est membre en règle de sa corporation professionnelle et qui pratique activement sa profession au Canada.

Maladie

Détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin et qui n'a pas été causé par un accident.

Mutilation ou perte d'usage totale

de la main ou du pied : amputation complète à la jointure du poignet ou de la cheville, ou plus haute; s'il n'y a pas d'amputation, perte totale et définitive de l'usage de la main ou du pied;

de l'œil : perte totale et irréversible de la vue d'un (1) œil (acuité visuelle de vingt sur deux cents (20/200) ou moins, ou champ de vision de vingt (20) degrés);

de l'ouïe : perte totale et irréversible de l'ouïe des deux (2) oreilles, avec un seuil d'audition de quatre-vingt-dix (90) décibels ou plus, dans un seuil de parole de cinq-cents (500) à trois mille (3000) cycles par seconde, confirmée par un oto-rhino-laryngologiste détenteur d'un permis canadien de pratique de la médecine et exerçant sa profession au Canada;

d'un (1) doigt et d'un orteil : amputation complète d'au moins deux phalanges du même doigt ou du même orteil.

S

Salaire et salaire brut

La rémunération brute régulière de l'adhérent, sous quelque forme que ce soit, sauf le paiement occasionnel de temps supplémentaire, de bonis, d'allocations, de remboursements de dépenses ou tout paiement forfaitaire.

Pour l'adhérent dont le salaire provient en totalité ou en partie de commissions ou de bonis, le salaire signifie la rémunération habituelle moyenne de l'adhérent versée par l'employeur, comprenant les commissions et bonis produits sur les formulaires d'impôt T4 et T4A de l'adhérent au cours des deux années civiles précédentes. Dans l'éventualité où l'adhérent n'a pas complété deux années de service continu auprès du même employeur, mais au moins une année et plus, une moyenne des salaires sera établie selon la durée de service. Si toutefois l'adhérent compte moins d'une année de service, le salaire désigne la rémunération habituelle de l'adhérent, déclaré par l'employeur.

Salaire net

Le salaire brut de l'adhérent diminué des retenues pour impôt fédéral et provincial et des contributions à tout régime gouvernemental de sécurité sociale ou l'estimé de ces retenues et contributions.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Admissibilité

Seul peut adhérer à la police et à ses garanties, l'employé faisant partie des catégories mentionnées aux généralités qui satisfait aux trois (3) conditions suivantes :

1. est âgé de moins de soixante-quinze (75) ans, sauf dans le cas de l'assurance frais médicaux;
2. est au service de l'employeur, à titre d'employé permanent au moins vingt (20) heures par semaine, à condition qu'il soit effectivement au travail à plein temps, à la date d'entrée en vigueur de son assurance et pour la durée de la police;
3. est un travailleur au sens de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Adhésion

L'employé admissible adhère à la police en remplissant le formulaire requis et en justifiant, lorsqu'il s'agit d'une des conditions à l'assurance, de son assurabilité à la satisfaction de l'assureur dans le cas des garanties autres que l'assurance frais médicaux. L'employé doit justifier de cette assurabilité lorsque le formulaire requis parvient à l'assureur plus de trente (30) jours après l'expiration de la période d'attente.

L'adhésion à la garantie d'assurance frais médicaux est obligatoire pour l'employé admissible et ses personnes à charge, à moins qu'une preuve satisfaisante à l'effet qu'ils sont couverts en vertu d'un autre régime d'assurance collective comprenant au moins la couverture d'assurance médicaments prévue par la Loi ne soit remise à l'assureur. Aucune preuve d'assurabilité n'est exigée aux fins de l'adhésion à la garantie d'assurance frais médicaux.

Entrée en vigueur de l'assurance

1. l'assurance de l'adhérent entre en vigueur :
 - a. dans le cas des garanties pour lesquelles il n'a pas à justifier de son assurabilité; à la date où la période d'attente indiquée au Sommaire des garanties prend fin, lorsque son formulaire de demande d'assurance collective est reçu par l'assureur avant cette date ou dans les trente (30) jours suivant immédiatement la fin de la période d'attente;
 - b. lorsqu'il doit justifier de son assurabilité : à la date où l'assureur juge satisfaisante l'assurabilité de l'adhérent.
2. l'assurance des personnes à charge entre en vigueur :
 - a. à la même date que celle de l'entrée en vigueur de l'assurance de l'adhérent, lorsque l'assureur a reçu le formulaire concernant les personnes à charge de l'adhérent dans les trente (30) jours suivant immédiatement l'entrée en vigueur de l'assurance de l'adhérent;

- b. dans toutes les autres circonstances, à la date où la personne répond à la définition de personne à charge si l'assureur reçoit la demande dans les trente (30) jours suivant immédiatement le jour où cette personne est devenue personne à charge, sinon, à la date de réception par l'assureur, de la demande.

Nonobstant ce qui précède, dans le cas des garanties autres que l'assurance des frais médicaux, l'entrée en vigueur de l'assurance de toute personne à charge hospitalisée au moment de la demande est retardée dans tous les cas à la date où elle reçoit son congé de l'hôpital.

Cependant, l'assurance vie et l'assurance frais médicaux d'un nouveau-né, personne à charge de l'adhérent, entre en vigueur dès sa naissance, à condition qu'il naisse vivant et viable, et qu'une couverture monoparentale ou familiale soit déjà en vigueur.

En aucun temps, l'assurance des personnes à charge n'entre en vigueur avant l'entrée en vigueur de l'assurance de l'adhérent.

Obligations du preneur de la police

Il incombe, et est de la responsabilité du preneur de la police de transmettre à l'assureur les demandes d'adhésion et les avis de modification des employés admissibles à l'assurance collective ainsi que les renseignements nécessaires pour déterminer la catégorie d'assurance. Le preneur doit également transmettre à l'assureur les avis de modification dans les trente (30) jours suivant la date du changement.

À la demande de l'assureur, le preneur de la police doit communiquer la liste des personnes admissibles à l'assurance collective, qu'elles soient assurées ou non, ainsi que les renseignements nécessaires pour déterminer la catégorie d'assurance.

En cas de mise à pied temporaire de travail, le preneur de la police doit fournir à l'assureur, sans délai, la liste des adhérents affectés et, selon le cas, la date du début ou de la fin de la mise à pied temporaire de travail.

Normes de participation

La police d'assurance est soumise aux normes de participation suivantes :

1. pour l'employé admissible à l'assurance collective, la participation est obligatoire;
2. pour la garantie d'assurance frais médicaux, la participation des personnes à charge est obligatoire;
3. toutefois, un employé ou une personne à charge admissible peut, moyennant un avis écrit à l'assureur, refuser ou cesser d'adhérer à l'assurance frais médicaux et dentaires à condition qu'il atteste qu'il est assuré en vertu d'une garantie d'assurance collective comportant des prestations similaires.

Un employé ou une personne à charge qui a refusé ou cessé d'adhérer peut adhérer à ces garanties en établissant à la satisfaction de l'assureur qu'il est devenu impossible de continuer à être assuré en vertu de cette autre garantie.

Preuves d'assurabilité

Sont à la charge de l'adhérent, tous les frais encourus pour la préparation et la production des preuves d'assurabilité exigées par l'assureur.

Faussees déclarations et omissions

Sous réserve des dispositions de la Loi, toutes fausses déclarations ou toutes omissions de nature à influencer l'appréciation du risque annulent l'assurance de l'adhérent ou de la personne à charge en cause.

Obligation d'informer l'Assureur

Si la garantie « Assurance Maladies Graves » a été choisie et acceptée, la personne assurée a l'obligation de divulguer à l'assureur dans les six (6) mois suivants la date du diagnostic, toute l'information médicale se rapportant à un diagnostic, de signes, symptômes ou investigation menant à un diagnostic de :

1. cancer, couvert ou exclu en vertu de la Garantie Maladies Graves; ou
2. maladie de Parkinson ou des syndromes parkinsoniens atypiques; ou
3. tumeur cérébrale bénigne.

Le défaut de divulguer cette information à l'assureur dans les six (6) mois du diagnostic, accorde à l'assureur le droit de refuser toute demande de prestation pour cancer, maladie grave causée par un cancer ou ses traitements, la maladie de Parkinson, des syndromes parkinsoniens atypiques ou tout autre type de parkinsonisme, pour tumeur cérébrale bénigne.

Montant d'assurance

Au moment de l'adhésion, le montant d'assurance de chacune des garanties pour chaque adhérent est établi selon la classification de cet adhérent. Ce montant varie, soit à la hausse, soit à la baisse selon les modifications apportées par la suite à la classification ou au salaire de cet adhérent.

À la suite d'une augmentation du montant d'assurance résultant d'un changement de salaire ou de catégorie, l'assurance supplémentaire en résultant pour chacune des garanties pour l'adhérent concerné entre en vigueur :

1. à la date effective du changement si un avis écrit est un reçu par l'assureur dans les trente (30) jours suivant la date du changement;
2. à la date de réception de l'avis écrit s'il est reçu plus de trente (30) jours suivant la date du changement;
3. à la date où l'assurabilité de l'adhérent est jugée satisfaisante par l'assureur, si l'adhérent doit justifier son assurabilité pour répondre aux exigences de la police d'assurance.

En conséquence, toute réclamation fondée sur un événement survenu avant cette entrée en vigueur, sera réglée selon l'assurance en vigueur au moment de l'événement.

À la suite d'une diminution du montant d'assurance résultant d'un changement de salaire ou de catégorie, le montant d'assurance de chacune des garanties affecté par ces changements est ajusté automatiquement à compter de la date du changement.

En cas d'invalidité d'un adhérent, les montants d'assurance dont il bénéficie demeurent inchangés jusqu'à son retour au travail à plein temps. Toutefois, les conditions de réductions prévues au contrat continuent de s'appliquer.

Demande de prestations et paiement

Le preneur ou l'assuré est tenu d'informer par écrit l'assureur du sinistre dans les trente (30) jours suivant la date de l'événement.

Toute demande de prestations doit être détaillée à la satisfaction de l'assureur, produite par écrit et envoyée au siège social de l'assureur dans les quatre-vingt-dix (90) jours.

Sous réserve de l'obligation d'informer l'assureur de certaines maladies graves, décrit précédemment, le défaut de transmettre la demande de prestations ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus n'empêche pas le paiement de toute prestation, pourvu que la demande, les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, aucune prestation ne sera versée si la demande de prestations, les preuves et les renseignements fournis sont transmis plus d'un an après la date de l'événement donnant lieu à la prestation.

De plus, les frais sont considérés comme engagés à la date à laquelle les services ont été rendus ou les articles ont été fournis.

L'assuré doit se soumettre à tout examen médical lorsque l'assureur le demande en raison de la nature de l'invalidité.

Advenant la résiliation du contrat, l'assureur n'effectuera aucun versement de prestation à moins que la déclaration et les preuves des pertes subies ne lui soient soumises dans les six (6) mois suivant le début de l'invalidité. Toute autre demande doit être soumise dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de résiliation du contrat.

Tout paiement est fait en monnaie légale du Canada.

Montant de la prime

Le montant de la prime est constitué des primes de chaque adhérent.

Paiement de la prime

La prime est payable d'avance, mensuellement, au siège social de l'assureur. Un délai de trente (30) jours est accordé pour tout paiement, à l'exception du paiement de la première prime.

Remboursement de la prime

Seuls sont remboursés, les montants résultant de l'ajustement de la prime précédant la réception d'un avis de modification de l'assurance, par l'assureur. Ce remboursement rétroactif ne peut toutefois excéder quatre (4) mois de réajustement de la prime à partir de la date à laquelle la demande est reçue chez l'assureur.

Changements de politiques gouvernementales

La prime est établie en tenant compte des prestations payables en vertu des lois sociales actuellement en vigueur. Advenant modification à ces lois affectant les obligations de l'assureur, celui-ci peut ajuster la prime en conséquence, et ce, à compter de la date d'entrée en vigueur de la modification.

De plus, advenant toute divergence entre les termes et conditions de la présente police et la Loi sur l'assurance-médicaments du Québec, la loi aura préséance.

Fin de l'assurance

1. l'assurance de l'adhérent cesse à la première des dates suivantes :
 - a. à la date de cessation, résiliation ou terminaison de la police d'assurance;
 - b. à la date où il ne remplit plus les conditions d'admissibilité;
 - c. à la date d'échéance de la prime impayée, à défaut du paiement de la prime avant l'expiration du délai de grâce;
 - d. quant à une garantie particulière, autre que l'assurance frais médicaux, à la date où il atteint l'âge de terminaison de la garantie;
 - e. quant à la garantie de maladies graves, à la date où le montant maximal prévu à la garantie a été payé;
 - f. à la date du décès de l'adhérent.
2. l'assurance des personnes à charge cesse à la première des dates suivantes :
 - a. à la date où l'adhérent cesse lui-même d'être assuré;
 - b. à la date à laquelle la personne à charge perd ce statut;
 - c. à la date d'échéance de la prime impayée, à défaut du paiement de la prime avant l'expiration du délai de grâce;
 - d. à la date où la personne à charge atteint l'âge de terminaison de la garantie;
 - e. quant à la garantie de maladies graves des personnes à charges, à la date où le montant maximal prévu à la garantie a été payé;
 - f. à la date de cessation de l'assurance des personnes à charge en vertu du contrat;
 - g. à la date du décès de la personne à charge.

Fin de la police d'assurance

Lorsque la police est en vigueur, celle-ci prend fin :

1. à la date de réception, par l'assureur, d'un avis écrit du preneur ou à la date indiquée dans cet avis si ultérieure à la date de réception;
2. sous réserve des dispositions de la loi, à la date indiquée sur l'avis de terminaison donné par l'assureur au preneur;
3. à la date d'échéance de la prime impayée, à défaut du paiement de la prime avant l'expiration du délai de grâce.

Continuité de l'assurance (congé sans solde et mise à pied temporaire)

Sujet au maintien en vigueur de la police, l'assurance de tout adhérent et de ses personnes à charge, à l'exclusion de l'assurance salaire, peut être maintenue en vigueur à la demande du preneur pendant une période maximale de six (6) mois, en continuant le paiement des primes. Pour bénéficier de ce privilège, la demande doit être reçue dans les trente (30) jours qui suivent immédiatement le début de la période d'absence.

Remise en vigueur

L'assurance de tout adhérent, mis à pied temporairement ou en congé autorisé par l'employeur, annulée pendant sa période d'absence, peut être remise en vigueur à la condition que cette période d'absence n'excède pas six (6) mois, et que la demande à cet effet soit reçue par l'assureur dans les trente (30) jours suivants immédiatement la date du retour au travail.

Grève ou lock-out

Sujet au maintien en vigueur de la police, l'assurance frais médicaux de tout adhérent et de ses personnes à charge est maintenue en vigueur pendant un minimum de trente (30) jours, à compter de la date d'arrêt de travail dû à une grève ou à un lock-out. Les autres garanties sont suspendues pendant toute la durée de l'arrêt de travail, à moins d'entente écrite entre le preneur et l'assureur.

Renouvellement

La police se renouvelle automatiquement d'année en année à la date de renouvellement par période de douze (12) mois, sauf si un avis écrit de non renouvellement ou de modification est transmis par l'assureur au preneur ou à son mandataire connu, au moins quatre-vingt-dix (90) jours avant la date de renouvellement.

L'assureur se réserve le droit de modifier les taux de primes en tout temps en présence de changements ayant des conséquences sur les coûts de souscription ou de service de la police collective tels que :

1. Modification dans la nature du risque couvert;
2. Changement demandé par le titulaire;
3. Une modification importante dans la taille ou dans la démographie de plus de 15%.

Bénéficiaire

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

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

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

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

Contrat

La police, la proposition d'assurance et les demandes d'assurance des adhérents constituent le contrat.

Lorsqu'il est fait mention d'une date pour la prise d'effet, la cessation ou la modification de toute garantie, la prise d'effet a lieu à cette date à 00:01 heure, au lieu de l'emploi de l'adhérent.

Cession

Ni la police, ni l'assurance d'un adhérent ne peuvent être cédées ou hypothéquées.

Droit de l'assuré lors d'un transfert d'assureur

Tout employé admissible à l'assurance, qu'il soit au travail ou en interruption temporaire de travail, maintient les garanties d'assurance et les montants de couverture s'y rattachant qui étaient en vigueur au moment de transfert d'assureur selon les nouvelles dispositions prévues dans la présente police de remplacement.

Le preneur a l'obligation de fournir au nouvel assureur toutes les informations relatives à la couverture de ses employés à la date de transfert d'assureur.

ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT

Sous-groupe 00

Catégories 1 - 2 - 3 - 4

Prestations

Au décès de l'adhérent couvert par la présente garantie, l'assureur verse au bénéficiaire désigné le montant d'assurance vie inscrit au Sommaire des garanties.

Exonération des primes en cas d'invalidité totale

Les primes d'assurance vie sont exonérées durant la période où l'adhérent a droit à des prestations d'assurance salaire de longue durée ou après six (6) mois d'invalidité totale, selon la première des éventualités, à condition :

1. que l'invalidité ait débuté pendant que la garantie est en vigueur et est maintenue en vigueur même si la police d'assurance collective est transférée d'assureur;
2. qu'une demande écrite soit faite à l'assureur dans les douze (12) mois du début de l'invalidité avec preuves de cette invalidité à l'appui. Le défaut de fournir ces preuves dans le délai prévu prive l'adhérent du droit d'exercer ce privilège pour la période antérieure à la date de réception effective par l'assureur de telles preuves d'invalidité; et
3. que dans les trente et un (31) jours de la demande de l'assureur, des preuves soient fournies de la persistance de son invalidité, faute de quoi l'exonération et l'assurance prennent fin à la date de la demande de l'assureur.

L'exonération des primes d'un adhérent se termine à la première des dates suivantes :

1. la date à laquelle l'adhérent cesse de répondre à la définition d'invalidité totale applicable;
2. la date à laquelle l'adhérent omet de soumettre une preuve d'invalidité demandée par l'assureur ou de se faire examiner par un médecin désigné par l'assureur;
3. la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans.

Droit au paiement anticipé

Lorsqu'un adhérent est exonéré du paiement des primes de la garantie d'assurance vie en raison de son invalidité et que son espérance de vie est alors d'au plus douze (12) mois, il a droit, s'il en fait la demande par écrit au siège social de l'assureur, de recevoir le moindre de :

1. 25 000 \$;
2. 50 % du montant d'assurance vie pour lequel il est protégé. Dans ce dernier cas, le montant d'assurance vie est établi en considérant immédiatement toute réduction de

protection prévue et devant survenir au cours de la période de vingt-quatre (24) mois suivant la date de la demande de l'adhérent.

L'adhérent qui désire exercer ce droit doit fournir à la satisfaction de l'assureur les preuves démontrant :

1. que son espérance de vie est inférieure à douze (12) mois à la date de la demande; et, s'il y a lieu,
2. l'acceptation écrite de tous les bénéficiaires irrévocables.

Lors du décès de l'adhérent, le montant autrement payable par l'assureur au bénéficiaire est réduit du montant payé à l'adhérent en vertu du présent droit.

De même, tout montant pouvant être converti par un adhérent sera réduit des prestations de paiement anticipé reçues.

En aucun cas, l'assureur n'a de responsabilités quant à l'impact des montants de paiement anticipé reçu par un adhérent sur ses taxes ou ses impôts, le cas échéant.

Droit de transformation

L'adhérent, qui n'a pas atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans et qui cesse de bénéficier de cette garantie parce qu'il cesse d'être un employé ou qu'il cesse d'appartenir au groupe d'assurés ou en raison de la résiliation de la garantie, peut demander par écrit à l'assureur de transformer, sans preuve d'assurabilité, son montant d'assurance vie collective en une police d'assurance vie individuelle temporaire, conformément aux exigences de la loi.

La demande de transformation accompagnée du paiement de la première prime doivent parvenir à l'assureur dans les trente et un (31) jours qui suivent, selon le cas, la cessation d'emploi ou la résiliation de la garantie.

Le montant d'assurance transformable est établi de la façon suivante :

Situation 1

Cessation d'emploi ou d'appartenance au groupe avant soixante-cinq (65) ans

Tout adhérent de moins de soixante-cinq (65) ans, dont la vie cesse d'être assurée au terme de la garantie d'assurance vie de base parce qu'il cesse d'être un employé ou qu'il cesse d'appartenir au groupe d'assurés, peut, en faisant une demande écrite à l'assureur avant l'expiration d'un délai de trente et un (31) jours qui suivent la date de fin de son emploi ou de son appartenance au groupe d'assurés, obtenir une police d'assurance vie temporaire.

Le montant d'assurance vie de la police individuelle ne peut toutefois excéder le moins élevé des montants suivants :

1. 400 000 \$;
2. la différence entre le montant d'assurance vie dont bénéficiait l'adhérent en vertu de sa police d'assurance collective et le montant d'assurance prévu dans la police de remplacement.

Situation 2

Terminaison de la couverture avant l'âge de soixante-cinq (65) ans

Tout adhérent de moins de soixante-cinq (65) ans, dont la vie cesse d'être assurée au terme de la garantie d'assurance vie de base en raison de la résiliation de la garantie alors qu'il en bénéficiait depuis au moins cinq (5) années consécutives d'assurance, précédant immédiatement la résiliation de ce contrat, peut demander par écrit à l'assureur de transformer, sans preuve d'assurabilité, son montant d'assurance vie collective en une police d'assurance vie individuelle temporaire.

Le montant d'assurance vie de la police individuelle doit être d'au moins 10 000 \$

Toutefois, le montant transformable ne peut excéder le montant d'assurance résilié sujet à un maximum de 400 000 \$.

Ce montant d'assurance est toutefois diminué de toute assurance vie à laquelle l'adhérent devient admissible, en vertu d'un contrat quelconque d'assurance collective au cours des trente et un (31) jours qui suivent la résiliation du présent contrat.

Dans les deux circonstances (situations 1 et 2), l'adhérent peut demander la transformation d'un montant moindre que la limite d'établissement maximum aux termes de la police individuelle, mais jamais inférieur au minimum fixé par l'assureur pour la police demandée.

Calcul de la prime

La prime est déterminée par l'assureur selon les taux en vigueur applicables lors de la transformation, selon le type de police d'assurance, d'après l'âge et le sexe de l'adhérent, de la classe de risque à laquelle il appartient et compte tenu de son occupation et de son lieu de résidence.

Limitations

1. la demande de transformation doit parvenir à l'assureur dans les trente et un (31) jours qui suivent, selon le cas, la cessation d'emploi ou la résiliation de la garantie.
2. la police d'assurance individuelle sera émise sans la garantie d'exonération des primes en cas d'invalidité ni la garantie d'assurance en cas de mort accidentelle et de mutilation.
3. l'adhérent qui s'est prévalu du droit de transformation cesse d'être admissible à la présente garantie.
4. une diminution du montant d'assurance en raison de l'âge ou d'un changement de catégorie d'assurés ne donne pas droit à la transformation.

En cas de décès au cours du délai de transformation de trente et un (31) jours

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

Cependant, si le décès d'un adhérent survient durant la période de trente et un (31) jours suivant la fin de son emploi ou de son appartenance au groupe, période pendant laquelle il aurait pu exercer son droit de transformation, l'assureur paiera une somme égale au moindre des montants suivants :

1. 400 000 \$; ou
2. le montant de la somme assurée en vigueur immédiatement avant la fin de son assurance, moins le montant d'assurance prévu dans un autre contrat d'assurance collective auquel l'adhérent est devenu admissible au moment d'exercer son droit de transformation.

Dispositions générales

Les définitions et conditions générales s'appliquent à cette garantie.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Sous-groupe 00

Catégories 2 - 4

Au décès d'une personne à charge de l'adhérent bénéficiant de la présente garantie, l'assureur verse à l'adhérent le montant d'assurance vie inscrit au Sommaire des garanties.

Exonération des primes

Lorsque l'adhérent est exonéré du paiement des primes de la garantie d'assurance vie, les primes de la garantie d'assurance vie des personnes à charge sont également exonérées.

Droit de transformation de l'assurance vie des personnes à charge

La personne à charge qui n'a pas atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans et qui cesse de bénéficier de cette garantie du fait de la cessation d'emploi de l'adhérent ou de l'appartenance au groupe de l'adhérent ou en raison de la résiliation de la garantie, peut demander par écrit à l'assureur de transformer, sans preuve d'assurabilité, son montant d'assurance vie collective en une police d'assurance vie individuelle temporaire, conformément aux exigences de la loi.

La demande de transformation accompagnée du paiement de la première prime doivent parvenir à l'assureur dans les trente et un (31) jours qui suivent, selon le cas, la cessation d'emploi ou la résiliation de la garantie.

Le montant d'assurance transformable est établi de la façon suivante :

Situation 1

Cessation d'emploi de l'adhérent ou d'appartenance au groupe avant soixante-cinq (65) ans

Toute personne à charge de moins de soixante-cinq (65) ans, dont la vie cesse d'être assurée au terme de la garantie d'assurance vie de base parce que l'adhérent cesse d'être un employé ou qu'il cesse d'appartenir au groupe d'assurés, peut, en faisant une demande écrite à l'assureur avant l'expiration d'un délai de trente et un (31) jours qui suivent la date de fin de l'emploi de l'adhérent ou de son appartenance au groupe d'assurés, obtenir une police d'assurance vie temporaire non transformable jusqu'à l'âge de soixante-cinq (65) ans.

Le montant d'assurance vie de la police individuelle ne peut toutefois excéder le moins élevé des montants suivants :

1. 400 000 \$;
2. la différence entre le montant d'assurance vie dont bénéficiait la personne à charge en vertu de la police d'assurance collective de l'adhérent et le montant d'assurance prévu dans la police de remplacement.

Situation 2

Terminaison de la couverture de l'adhérent avant l'âge de soixante-cinq (65) ans

La personne à charge de tout adhérent de moins de soixante-cinq (65) ans, dont la vie cesse d'être assurée au terme de la garantie d'assurance vie des personnes à charge en raison de la résiliation de la garantie alors qu'il en bénéficiait depuis au moins cinq (5) années consécutives d'assurance, précédant immédiatement la résiliation de ce contrat, peut demander par écrit à l'assureur de transformer, sans preuve d'assurabilité, son montant d'assurance vie collective en une police d'assurance vie individuelle temporaire conformément aux exigences de la loi.

Le montant d'assurance vie de la police individuelle doit être d'au moins 5000 \$

Toutefois, le montant transformable ne peut excéder le montant d'assurance résilié sujet à un montant maximum de 400 000 \$.

Ce montant d'assurance est toutefois diminué de toute assurance vie à laquelle la personne à charge devient admissible, en vertu d'un contrat quelconque d'assurance collective au cours des trente et un (31) jours qui suivent la résiliation du présent contrat.

Dans les deux circonstances (situations 1 et 2), la personne à charge peut demander la transformation d'un montant moindre que la limite d'établissement maximum aux termes de la police individuelle, mais jamais inférieur au minimum fixé par l'assureur pour la police demandée.

En cas de décès au cours du délai de transformation de trente et un (31) jours

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

Cependant, si le décès d'un adhérent survient durant la période de trente et un (31) jours suivant la fin de son emploi ou de son appartenance au groupe, période pendant laquelle il aurait pu exercer son droit de transformation, l'assureur paiera une somme égale au moindre des montants suivants :

1. 400 000 \$; ou
2. le montant de la somme assurée en vigueur immédiatement avant la fin de son assurance, moins le montant d'assurance prévu dans un autre contrat d'assurance collective auquel l'adhérent est devenu admissible au moment d'exercer son droit de transformation.

Calcul de la prime

La prime est déterminée par l'assureur selon les taux en vigueur applicables lors de la transformation, selon le type de police d'assurance, d'après l'âge et le sexe de la personne à charge, de la classe de risque à laquelle il appartient et compte tenu de son occupation et de son lieu de résidence.

Limitations

1. la demande de transformation doit parvenir à l'assureur dans les trente et un (31) jours qui suivent, selon le cas, la cessation d'emploi de l'adhérent ou la résiliation de la garantie.
2. la police d'assurance individuelle sera émise sans la garantie d'exonération des primes en cas d'invalidité ni la garantie d'assurance en cas de mort accidentelle et de mutilation.
3. la personne à charge qui s'est prévalué du droit de transformation cesse d'être admissible à la présente garantie.
4. une diminution du montant d'assurance en raison de l'âge ou d'un changement de catégorie d'assurés ne donne pas droit à la transformation.

Prolongation d'assurance des personnes à charge assurées

Au décès de l'adhérent bénéficiant de la présente garantie, l'assurance vie des personnes à sa charge est prolongée, sans paiement de primes, jusqu'à la plus rapprochée des dates suivantes:

1. vingt-quatre (24) mois après le décès de l'adhérent;
2. la date à laquelle l'assurance vie des personnes à charge aurait pris fin;
3. la date de résiliation de la présente garantie ou de la police d'assurance;
4. la date du soixante-cinquième (65e) anniversaire de naissance de la personne à charge.

Dispositions générales

Les définitions et conditions générales s'appliquent à cette garantie.

ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT

Sous-groupe 00

Catégories 1 - 2 - 3 - 4

Lorsque l'adhérent ou la personne à charge est couvert(e) par la présente garantie, l'assureur verse une indemnité dans le cas de blessures corporelles dues uniquement à des causes extérieures, violentes et accidentelles qui occasionnent, directement et indépendamment de toute autre cause, une des pertes énumérées ci-dessous et ce, moins de trois cent soixante-cinq (365) jours après l'accident ayant causé ces blessures.

L'indemnité payable est égale au pourcentage, indiqué ci-dessous, du montant d'assurance prévu selon les garanties d'assurance vie de l'adhérent, des personnes à charge ou de l'assurance vie complémentaire sous le titre de « montant additionnel en cas de décès ou mutilation par accident » indiqué au Sommaire des garanties.

<u>PERTES ADMISSIBLES</u>	<u>POURCENTAGE</u>
Quadriplégie, paraplégie, hémiplegie (voir limitations)	200 %
Perte de la vie	100 %
Perte des deux (2) yeux	100 %
Perte des deux (2) mains ou des deux (2) pieds	100 %
Perte d'une (1) main et d'un (1) pied	100 %
Perte d'une (1) main et d'un (1) œil	100 %
Perte d'un (1) pied et d'un (1) œil	100 %
Perte de la parole et de l'ouïe des deux (2) oreilles	100 %
Perte d'un (1) bras ou d'une (1) jambe	75 %
Perte d'une (1) main ou d'un (1) pied	66,66 %
Perte d'un (1) œil	66,66 %
Perte de la parole	66,66 %
Perte de l'ouïe des deux (2) oreilles	66,66 %
Perte du pouce et de l'index de la même main	33,33 %
Perte d'au moins quatre (4) doigts d'une même main	33,33 %
Perte de tous les orteils d'un (1) pied	33,33 %
Perte de l'ouïe d'une (1) oreille	12,5 %

Limitations

À la suite d'un accident, les pertes subies ne peuvent être cumulées, seule la perte accordant le montant le plus élevé sera indemnisée.

Aucune indemnité n'est payable en cas de perte d'usage ou de paralysie avant qu'une période de douze (12) mois ne se soit écoulée depuis le diagnostic et que la preuve soit faite à la satisfaction de l'assureur que l'assuré ne pourra recouvrer l'usage de ses membres.

Dans le cas de la quadriplégie, de l'hémiplégie et de la paraplégie, si un assuré décède dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent l'accident, la prestation payable est limitée à 100 % du montant assuré.

Exposition aux éléments naturels et disparition du corps

Toute perte donnant par ailleurs droit à une indemnité en vertu de la présente garantie, subie par un assuré en raison de son exposition inévitable aux éléments naturels à la suite d'un accident, est couverte par la présente garantie.

Est présumé décédé à la suite d'une blessure, un assuré qui n'est pas retrouvé dans l'année qui suit la disparition résultant d'un naufrage ou la destruction du véhicule à bord duquel il prenait place au moment de l'accident, et ce, à la date anniversaire de cet accident. Il ne doit exister aucune indication que l'assuré soit toujours vivant.

Réadaptation

Lorsqu'en raison de blessures, des indemnités sont payables conformément aux conditions de la présente garantie, les frais réels et raisonnables encourus dans les deux (2) années suivant l'accident pour la réadaptation de la personne assurée sont remboursés en autant que :

1. les blessures subies par la personne assurée l'obligent à entreprendre une formation spéciale afin de pouvoir exercer une profession différente pour laquelle il ne serait pas engagé autrement;
2. le programme de réadaptation soit approuvé au préalable par l'assureur.

L'indemnité maximale est de 10 000 \$ par accident. Elle ne couvre pas les frais de pension ni les autres frais habituellement encourus pour la subsistance, les déplacements et l'habillement de l'assuré.

Modification à la résidence et au véhicule

Lorsqu'à la suite de blessures subies par un assuré, des indemnités sont payables en vertu de la présente garantie, pour la perte des deux (2) pieds, de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie, et que l'assuré doit utiliser un fauteuil roulant, l'assureur rembourse les frais engagés par l'assuré, mais une seule fois pendant la durée de la garantie, pour les travaux d'aménagement permettant l'accès d'un fauteuil roulant :

1. à sa résidence principale; et
2. à l'automobile dont il a l'usage personnel, pour le rendre conforme à la réglementation en vigueur, le cas échéant.

Sujet aux conditions ci-dessus, l'indemnité maximale payable aux termes des paragraphes 1. et 2. ci-dessus totalise 10 000 \$ par accident.

Cette indemnité ne sera payée que si :

1. les modifications apportées à la résidence sont effectuées par une ou des personnes ayant l'expérience de telles modifications et sont recommandées par un organisme reconnu fournissant aide et support aux personnes en fauteuil roulant;
2. les modifications apportées au véhicule sont effectuées par une ou des personnes ayant l'expérience de telles modifications et sont approuvées par les autorités compétentes en matière de réglementation des véhicules automobiles;
3. les dépenses afférentes aux transformations sont jugées raisonnables par l'assureur; et
4. les dépenses sont engagées dans les vingt-quatre (24) mois qui suivent l'accident.

Ceinture de sécurité

Toute indemnité payable en vertu de la présente garantie pour une perte subie par un assuré dans un accident alors qu'il se trouvait à bord d'un véhicule comme conducteur ou passager, est majorée de 10 % si :

1. au moment de l'accident, l'assuré portait une ceinture de sécurité adéquatement attachée. Le port de la ceinture de sécurité doit être attesté dans le rapport officiel de l'accident ou certifié par l'enquêteur;
2. le conducteur conduisait dans le respect du code de la route au moment de l'accident; et
3. le conducteur du véhicule possédait un permis de conduire en règle.

Transport d'un membre de la famille immédiate

Des indemnités sont payables en raison de blessures subies par l'assuré couvert par la présente garantie si :

1. cet assuré est admis dans un hôpital situé à plus de cent cinquante (150) kilomètres de sa résidence habituelle, dans l'année suivant la date de l'accident, et que le médecin traitant de l'assuré recommande la présence d'un membre de sa famille immédiate;

2. l'assureur rembourse les frais réels de transport de ce membre de la famille immédiate, pour rejoindre l'assuré à son lieu d'hospitalisation, selon les modalités suivantes :
 - a. par le trajet le plus court;
 - b. en usant d'un transporteur reconnu;
 - c. en autant que les dépenses de transport soient réputées nécessaires et raisonnables par l'assureur; et
 - d. jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 \$.

Si des prestations de transport et d'hébergement sont prévues en vertu de toute autre disposition du présent contrat, elles doivent être versées en vertu d'une seule des dispositions.

Aux fins de la présente garantie, sont des membres de la famille immédiate, le conjoint, les parents, les grands-parents, enfants, petits-enfants, frères et sœurs majeurs de l'assuré.

Retour du corps

Si l'assuré décède par suite d'un accident subi dans un rayon de cinquante (50) kilomètres ou plus de sa résidence habituelle et que des indemnités sont payables en vertu de la présente garantie, l'assureur rembourse les frais réels et raisonnables de retour du corps et de la préparation pour le transport de l'assuré, jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 \$.

Si des prestations de rapatriement sont prévues en vertu de toute autre disposition du contrat, elles doivent être versées en vertu d'une seule des dispositions.

Exonération des primes

Lorsque l'adhérent est exonéré du paiement des primes de la garantie d'assurance vie, les primes de la garantie d'assurance décès ou mutilation par accident sont également exonérées.

Exclusions :

Aucune prestation n'est payable :

1. lors d'une tentative de suicide ou du suicide de l'assuré, ou d'une blessure ou d'une mutilation que l'assuré s'est volontairement infligée, qu'il soit sain d'esprit ou non, conscient ou non de ses actes;
2. lorsque la blessure subie par l'assuré résulte :
 - a. de la participation ou tentative de participation à un délit criminel;
 - b. d'une opération militaire ou alors qu'il est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
 - c. de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, réelle ou appréhendée ou en raison d'une guerre déclarée ou non ou de tout autre acte belliqueux :

3. lors de blessure résultant de la participation de l'assuré à toute navigation aérienne ou activité aéronautique à titre d'opérateur ou de membre d'équipage; sauf comme passager;
4. en cas de prise, d'administration, d'inhalation ou d'absorption faite volontairement ou non, de tout gaz, poison, drogue, hallucinogène ou médicaments, sauf s'il s'agit d'un accident de travail;
5. en cas d'empoisonnement, excluant les infections pyogéniques, suite directe de blessures, sauf s'il s'agit d'un accident de travail;
6. lors d'une infection ou d'un accident ne produisant à la surface du corps aucune plaie ou contusion apparente, sauf en cas de noyade accidentelle ou de lésion révélée par autopsie;
7. en cas de conduite par l'assuré de tout véhicule motorisé terrestre ou aquatique, alors qu'il est sous l'influence de stupéfiants ou avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident ou encore sous médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant;
8. lorsque la blessure ou la maladie est survenue alors que l'assuré pratique une activité sportive contre rémunération, participe à une compétition de véhicules motorisés terrestres ou aquatiques ou à une épreuve de vitesse, fait de la plongée sous-marine, pratique le vol plané ou à voile, le deltaplane ou le parapente, l'alpinisme, le parachutisme en chute libre ou non, le saut à l'élastique (bungee jumping), la pratique de sports extrêmes ou de combat ou toute autre activité dangereuse;
9. en cas de traitement médical ou dentaire, d'une intervention chirurgicale ou d'un procédé anesthésique;
10. en cas de pertes résultant d'un accident survenu antérieurement à la date de prise d'effet de l'assurance de l'adhérent.

Examen et autopsie

À la demande de l'assureur, l'assuré doit se soumettre à un examen médical. En cas de décès, l'assureur peut, dans les limites permises par la loi, demander une autopsie.

Dispositions générales

Les définitions et conditions générales s'appliquent à cette garantie.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Sous-groupe 00

Catégories 1 - 2

Lorsque l'adhérent est couvert par la présente garantie, l'assureur verse pendant la durée de l'invalidité totale de l'adhérent, compte tenu du délai de carence et de la période maximale, la prestation mensuelle indiquée au Sommaire des garanties.

L'adhérent doit donner avis de son état et en faire la preuve à la satisfaction de l'assureur, conformément aux termes de la présente police.

Lorsque l'Assureur verse des indemnités d'invalidité de longue durée et que l'assuré décède, l'Assureur versera au bénéficiaire une indemnité forfaitaire égale à trois (3) fois le montant de l'indemnité mensuelle qui était versée au moment du décès.

Réadaptation ou retour progressif au travail

L'adhérent est tenu de participer à tout programme de réadaptation proposé et approuvé par l'assureur et élaboré par les intervenants spécialisés en réadaptation et le(s) médecin(s) traitant.

Un programme de réadaptation peut consister entre autres, à un travail à temps partiel, à la poursuite de formation dans l'optique de faciliter un retour au travail de l'adhérent, à l'adaptation du poste de travail, l'accès à des soins médicaux spécialisés incluant cures ou thérapies visant à traiter des dépendances ou à un soutien psychologique.

L'assureur n'est pas tenu d'approuver un programme de réadaptation ou de poursuivre la participation à un programme de réadaptation déjà approuvé par un tiers. L'assureur base sa décision sur de multiples critères, dont son opinion quant aux avantages de la réadaptation et la possibilité d'un retour au travail à la fin d'un programme de réadaptation.

L'adhérent qui suit un programme de réadaptation vocationnelle ou de retour au travail progressif approuvé par l'assureur quant à son contenu et sa durée, continue de recevoir des prestations d'invalidité. Toutefois, le montant de la rémunération et des prestations mensuelles payables en vertu de cette garantie ne devra pas excéder :

100 % du salaire mensuel de l'adhérent, au début de son invalidité, diminué des impôts provincial et fédéral sur le revenu ainsi que des contributions à tout régime gouvernemental de sécurité sociale. Pour tout montant qui excède 100 % du salaire, l'excédent est déduit des prestations mensuelles.

Intégration

De la prestation mensuelle seront déduites toutes prestations d'invalidité payables en vertu :

1. du Régime de rentes du Québec, du Régime de pensions du Canada et ce, avant tout partage ou retenue de quelque nature que ce soit, de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou de toute autre loi sociale autre que la Loi sur l'assurance emploi, qui ont valeur de rémunération et/ou d'indemnisation (à l'exclusion de toute prestation pour personnes à charge);et
2. de toute rémunération directe ou indirecte reçue de l'employeur ou de toutes autres sources, à l'exception des sommes reçues dans le cadre d'un programme de réadaptation.

Lorsque l'adhérent peut bénéficier d'une couverture d'invalidité aux termes de ces programmes sociaux, il doit présenter une demande d'indemnité à l'organisme de régie concerné, faute de quoi, l'assureur pourra réduire les prestations. Il en incombe à l'adhérent de présenter sa demande d'indemnité dans les délais prescrits, en vertu des régimes et des lois publics précités.

Dans le cas où la demande d'indemnité serait refusée par ces derniers pour cause de présentation de la demande hors des délais prescrits, l'adhérent, et non l'assureur, est seul responsable. En outre, jusqu'à ce que le montant de cette indemnité ait été fixé définitivement, l'assureur en fait l'estimation et ne verse à l'adhérent que la différence entre la prestation à laquelle l'adhérent a droit en vertu de la présente garantie et le montant estimé. Tout montant payé en trop, compte tenu de la présente clause, doit être remboursé à l'assureur.

Coordination des prestations

En aucun cas, la présente garantie n'assure un revenu supérieur à 85 % du salaire net de l'adhérent (salaire brut diminué des retenues pour impôts fédéral et provincial et des contributions à tout régime gouvernemental de sécurité sociale ou l'estimé de ses retenues et contributions).

En conséquence, l'adhérent doit déclarer à l'assureur tout salaire reçu de son employeur, de toutes autres sources ou toutes prestations de même nature de tout autre régime collectif d'assurance invalidité. L'assureur procédera aux ajustements requis pour respecter cette limite de 85 % du salaire net.

Invalidité successive

Des périodes successives d'invalidité attribuables à la même cause ou à des causes connexes sont considérées comme une même période d'une invalidité à moins d'intervalle de six (6) mois consécutifs de travail à temps complet.

Bien que l'invalidité résulte d'une cause différente, cette nouvelle invalidité sera considérée comme une continuation de l'invalidité antérieure à moins que l'employé n'ait été au service continu de l'employeur durant une période d'au moins une (1) journée de travail à temps complet depuis la fin de l'invalidité antérieure.

Droit de l'adhérent lors de la cessation d'une garantie d'assurance salaire

L'assureur est garant des prestations payables, en vertu d'une garantie d'assurance salaire, pour une invalidité totale se prolongeant au-delà de la cessation de la garantie ou lors d'un transfert d'assureur.

Toutefois, l'assureur n'est pas garant des prestations dans les cas suivants :

1. lorsqu'il y a, après cessation de la garantie, une rechute de l'affection invalidante, alors que l'adhérent n'est plus totalement invalide depuis plus de quatre-vingt-dix (90) jours; ou
2. lorsque l'affection invalidante qui a débuté avant la résiliation de la garantie est déclarée à l'assureur plus de six (6) mois après sa survenance; ou
3. lorsqu'une nouvelle affection invalidante survient après la cessation de l'assurance.

Dans tous les cas, les droits de l'adhérent cessent dès :

- a. qu'il est pris en charge par un autre assureur, en vertu d'un contrat d'assurance collective comportant une garantie comparable; ou
- b. qu'il compte, après résiliation de la garantie, trente (30) jours de travail à temps plein, pour des fonctions d'une catégorie couverte par un contrat d'assurance collective comportant une garantie comparable.

Transformation :

L'adhérent qui n'a pas atteint l'âge de soixante-trois (63) ans et qui cesse de bénéficier de cette garantie du fait de la cessation de son emploi, ou en raison de la résiliation de la garantie alors qu'il en bénéficiait depuis au moins vingt-quatre (24) mois consécutifs d'assurance sans invalidité ni réclamation pour invalidité, peut demander par écrit à l'assureur de transformer, sans preuve d'assurabilité, 50 % du montant d'assurance salaire de longue durée, en une police d'assurance invalidité individuelle, sous réserve des conditions ci-après :

1. La demande de transformation accompagnée du paiement de la première prime doit parvenir à l'assureur dans les trente et un (31) jours qui suivent, selon le cas, la cessation d'emploi ou la résiliation de la garantie;
2. Déclaration sur l'usage de tabac dans les douze (12) mois précédant la date de demande de transformation;
3. Classification professionnelle selon l'emploi exercé à la date de transformation;
4. Délai de carence de cent quatre-vingts (180) jours;

5. Durée maximale d'indemnisation :
 - a. Âge à l'émission de dix-huit (18) à soixante (60) ans (âge au dernier anniversaire) : deux (2) ans ou cinq (5) ans
 - b. Âge à l'émission de soixante-et-un (61) à soixante-trois (63) ans (âge au dernier anniversaire) : deux (2) ans

Exclusions :

Aucune prestation n'est payable :

1. lorsque l'adhérent n'est pas sous les soins continus, suivi ou traitement actif d'un médecin;
2. lorsque l'adhérent ne répond plus à la définition d'invalidité;
3. lorsque l'adhérent néglige ou refuse de suivre les traitements appropriés à son état tels que prescrits par le médecin ou refuse de se soumettre à une expertise médicale requise par l'assureur;
4. lorsque l'adhérent refuse de se soumettre à une expertise en réadaptation demandée par l'assureur ou de participer activement à un plan ou un programme de réadaptation approuvé et n'en respecte pas les exigences;
5. lorsque l'invalidité résulte d'une tentative de suicide, d'une blessure ou d'une maladie que l'adhérent s'est volontairement infligée, qu'il soit conscient ou non de ses actes;
6. lorsque l'invalidité de l'adhérent résulte :
 - a. de la participation ou tentative de participation à un délit criminel;
 - b. d'une opération militaire ou alors qu'il est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
 - c. de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, réelle ou appréhendée ou en raison d'une guerre déclarée ou non ou de tout autre acte belliqueux;
 - d. de la conduite, par l'adhérent, de tout véhicule motorisé, alors qu'il est sous l'influence de stupéfiants ou avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident ou encore sous médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant;
7. lorsque l'adhérent est détenu dans une prison, dans un pénitencier, à domicile ou tout autre lieu restreint imposé par jugement;
8. lorsque l'invalidité résulte de soins prodigués à des fins esthétiques, sauf si la nature de la maladie ou de la blessure rend ces soins nécessaires;
9. pour toute invalidité résultant de la toxicomanie, de l'alcoolisme, de l'usage d'hallucinogènes ou de drogues prescrites ou non, à moins que l'adhérent participe à un programme de réadaptation, approuvé par l'assureur, et qui débute, au plus tard, durant le délai de carence;

10. aucune prestation d'invalidité n'est payable pendant les périodes de grève ou de lock-out de congé sans solde ou de mise à pied temporaire si l'invalidité a débuté durant l'une de ces périodes;
11. mise à pied temporaire – l'invalidité ayant débuté avant le jour de la réception de l'avis de mise à pied temporaire de l'adhérent fait l'objet de prestations en vertu de la garantie d'assurance salaire concernée. Les prestations cessent le jour de la mise à pied lorsque l'invalidité a débuté après la réception de l'avis de mise à pied temporaire.
12. lorsque l'invalidité est reliée à la maternité durant :
 - a. le congé de maternité ou le congé parental pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou une entente entre l'adhérent et l'employeur;
 - b. la période pour laquelle l'adhérent reçoit des prestations de maternité ou parentales en vertu de la Loi sur l'assurance emploi;
13. pour toute invalidité survenant au cours des douze (12) mois suivant la date où l'adhérent est devenu assuré en vertu de cette garantie et qui résulte d'une maladie ou de blessures pour lesquelles il a reçu des traitements ou pris des médicaments dans les trois (3) mois précédant la date de prise d'effet ou que la maladie a fait l'objet d'un diagnostic au cours de cette période de trois (3) mois ou qu'à la suite d'une prescription, l'assuré aurait dû suivre un traitement ou prendre des médicaments. Les dispositions du paragraphe précédent ne s'appliquent pas dans le cas d'un adhérent assuré en vertu d'une garantie similaire par un contrat antérieur d'assurance collective en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet du présent contrat;
14. lorsque l'adhérent séjourne à l'extérieur du Canada pour des périodes totalisant six (6) mois ou plus au cours d'une période de douze (12) mois consécutifs, à moins que l'assureur ne convienne d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période;
15. à compter de la date où l'adhérent atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans ou de sa mise à la retraite si avant;
16. pendant toute période où l'adhérent exerce une occupation rémunératrice, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation;
17. lors de la perte d'une certification, d'une licence professionnelle ou occupationnelle n'est pas considérée, en soi, comme une invalidité.

Exonération des primes

La prime de cette garantie est exonérée durant la période où l'adhérent a droit à des prestations d'invalidité en vertu de celle-ci.

Dispositions générales

Les définitions et conditions générales s'appliquent à cette garantie.

ASSURANCE FRAIS MÉDICAUX

(au Canada)

Sous-groupe 00

Catégories 1 - 2 - 3 - 4

Lorsque l'adhérent ou la personne à charge est couvert(e) par la présente garantie, les montants admissibles suivants sont remboursés pour chacune des personnes assurées, sujets à la franchise et à la coassurance indiquées au Sommaire des garanties.

Frais non-partagés

L'excédent des frais de séjour dans un hôpital, au Canada, en chambre semi-privée par rapport au séjour en salle publique.

Frais partagés

1. MAISON DE CONVALESCENCE

L'excédent des frais de séjour dans une maison de convalescence, au Canada, en chambre semi-privée par rapport au séjour en salle publique, jusqu'à concurrence de 57 \$ par jour pour un maximum de 90 jours par année civile, pourvu que l'assuré soit admis dans cet établissement moins de quatorze (14) jours après la fin d'un séjour à l'hôpital.

2. AMBULANCE

- a. les frais de transport par ambulance à l'hôpital le plus près où l'assuré peut recevoir les soins appropriés;
- b. lorsque l'état de santé de l'assuré le nécessite, et sur prescription du médecin, les frais de transport pour le retour à domicile;
- c. les frais de transport aérien si effectué en cas d'urgence, à la condition qu'il n'existe pas d'autres moyens de transport conventionnels. Ces frais sont alors limités à un maximum de 2 000 \$ par année civile.

3. SOINS INFIRMIERS

Les frais pour les soins prodigués à domicile par un infirmier ou un infirmier auxiliaire, membre en règle de sa corporation professionnelle, lorsque ces soins sont médicalement nécessaires et prescrits par le médecin traitant. L'infirmier ne doit pas résider ordinairement dans la maison de l'assuré ni être parent avec lui. Ces frais sont limités à, jusqu'à concurrence de 286 \$ par jour un maximum de 14 286 \$ par année civile, par personne assurée.

4. SOINS À DOMICILE

Sur ordonnance du médecin traitant, l'assureur rembourse les frais ci-après indiqués pour les soins ou services reçus à l'intérieur des trente (30) jours suivant immédiatement une hospitalisation lorsque la personne assurée ne peut accomplir ses activités quotidiennes, jusqu'à concurrence d'un maximum global de 500 \$ par année civile, par personne assurée :

- a. les honoraires d'un fournisseur de services d'aide à domicile pour assister l'assuré dans l'accomplissement de ses activités quotidiennes de base ou pour le gardiennage d'enfants mineurs à charge. Seuls les frais en excédent de ceux habituellement engagés par l'adhérent ou par son conjoint avant la période de convalescence de l'assuré concerné sont couverts en vertu de la présente clause.

Aux fins de la présente garantie :

- les activités quotidiennes de base signifient : se vêtir, se nourrir, se déplacer (du lit au fauteuil) et pourvoir à ses besoins élémentaires d'hygiène;
- le fournisseur de services d'aide à domicile signifie : une personne ne résidant pas avec l'assuré, travaillant moyennant rémunération pour une coopérative ou une agence incorporée ou enregistrée spécialisée en soins à domicile, ainsi que tout travailleur autonome recevant son contrat de la coopérative ou de l'agence, de même qu'un travailleur autonome seulement, s'il n'y a pas d'agence ou de coopérative dans la région.

- b. les frais de transport public pour l'assuré incluant un accompagnateur, si nécessaire, pour bénéficier de soins médicaux ou d'un suivi médical à la suite d'une hospitalisation, ou les frais de déplacement raisonnables, dans le cas où l'accompagnateur est un parent ou un ami de l'assuré.

Limitations

- (1) les frais engagés par un parent de l'assuré qui reçoit des soins à domicile sont sujets à un remboursement maximal de 25 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile.
- (2) un remboursement en cas de grossesse est possible seulement dans l'éventualité de complications et d'un séjour minimum de sept (7) jours à l'hôpital.

5. SERVICES DIAGNOSTIQUES

Sur ordonnance du médecin traitant, sont remboursés les radiographies, les scanographies, les tests de résonance magnétique, les échographies et les examens de laboratoire effectués aux fins de diagnostic, à l'exclusion des tests de dépistage génétique, jusqu'à concurrence de 1 429 \$ par année civile.

6. TRAITEMENTS ET CURES

Sur ordonnance du médecin traitant sont remboursés :

- a. les cures de désintoxication : les frais de chambre et de pension lors d'un traitement curatif en centre ou en clinique reconnus et spécialisés en réhabilitation pour alcooliques ou toxicomanes, prodigué sous contrôle d'un médecin et sous surveillance constante d'un infirmier licencié, jusqu'à concurrence de 114 \$ par jour, pour un maximum de 3 571 \$ à vie;
- b. les traitements des varices, jusqu'à concurrence de 21 \$ par traitement., et d'un maximum de 714 \$ par année civile.

7. APPAREILS RESPIRATOIRES

Sur ordonnance du médecin traitant, sont remboursés les frais suivants, jusqu'à concurrence d'un total de 1 500 \$ par année civile :

- a. oxygène et matériel nécessaire à son administration : achat ou location, à la discrétion de l'assureur;
- b. moniteur d'apnée : achat ou location, à la discrétion de l'assureur;
- c. pompe à drainage et accessoires de percussion thoracique : achat.

8. ORTHÈSES ET PROTHÈSES

Les frais engagés ne sont admissibles que pour des articles fabriqués par des laboratoires détenant un permis en vertu d'une loi sur la protection de la santé publique.

Sur ordonnance du médecin traitant, sont remboursés les frais suivants :

- a. les yeux et les membres artificiels : coût initial seulement, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ pour un même membre à la condition que l'événement causant la perte du membre et que l'achat dudit membre survienne alors que la personne est assurée en vertu de la présente clause;
- b. souliers orthopédiques, orthèse et prothèse podiatriques et support plantaire : jusqu'à concurrence d'un maximum de 714 \$ par année civile. Les espadrilles et les sandales ne sont pas couvertes par les présentes garanties;
- c. prothèse mammaire requise à la suite d'une mastectomie radicale, y compris l'achat d'un maximum de deux (2) soutiens-gorge pour prothèses mammaires : jusqu'à concurrence de 214 \$ par période de 24 mois. La prothèse mammaire ne nécessite pas d'ordonnance du médecin;
- d. prothèse capillaire rendue nécessaire à la suite de traitements de chimiothérapie : jusqu'à concurrence de 429 \$ à vie. La prothèse capillaire ne nécessite pas d'ordonnance du médecin;
- e. prothèse auditive : jusqu'à concurrence de 714 \$ par période de 36 mois. Les frais de réparation et d'entretien sont compris dans ce montant de remboursement maximal.

9. FOURNITURES MÉDICALES

Sur ordonnance du médecin traitant, sont remboursés les frais suivants (achat ou location, à la discrétion de l'assureur) :

- a. les plâtres, les écharpes, l'aide à la marche ou béquilles, les bandages herniaires et les articles pour grands brûlés;
- b. les supports pour les bras, les hanches ou les jambes, support pour les côtes ou le coccyx, corset métallique ou fabriqué avec des matériaux équivalents, à la condition que ce corset soit essentiel pour le soutien de la colonne vertébrale, support cervical; jusqu'à concurrence d'un maximum de 500 \$ par année civile
- c. un fauteuil roulant non-motorisé, sauf si l'état de santé de la personne nécessite l'utilisation d'un fauteuil roulant motorisé;
- d. un lit d'hôpital, les frais sont limités au modèle de base;
- e. les cathéters et les fournitures ayant trait à la colostomie, l'iléostomie et l'urétérostomie;
- f. les bas de contention à compression de 20 mm de HG ou plus, dans le cas d'insuffisance du système veineux ou lymphatique; d'un maximum de 3 paires par année civile;
- g. les stérilets; jusqu'à concurrence de 60 \$ par période de 24 mois;
- h. les glucomètres; jusqu'à concurrence de 300 \$ par période de 24 mois;
- i. neurostimulateur T.E.N.S. : jusqu'à concurrence de 500 \$ à vie;
- j. pompe à insuline; achat ou location jusqu'à concurrence de 6 000 \$ à vie.
- k. autres appareils thérapeutiques, médicalement nécessaires et destinés à guérir ou à traiter une affection : jusqu'à concurrence de 10 000 \$ à vie.

Ne sont pas couverts : les stéthoscopes, les sphygmomanomètres ou autres appareils de même nature ainsi que les accessoires domestiques tels que bains-tourbillon, purificateur d'air, humidificateur, climatiseur ou autres appareils de même nature.

10. SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT

Les frais pour les services professionnels d'un chirurgien-dentiste pour la réparation des dommages causés par un accident à des dents naturelles saines ou le coût d'achat d'une prothèse dentaire initiale rendue nécessaire à la suite d'un accident sont remboursés, à la condition que cet accident soit survenu alors que cette garantie est en vigueur et que les services soient rendus ou l'achat effectué, moins d'un (1) an après l'accident.

11. EXAMEN DE LA VUE

Les honoraires pour examen de la vue par un optométriste licencié sont remboursés : jusqu'à concurrence de 50 \$ par période de 24 mois.

12. CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

Les frais de chirurgie esthétique, à la suite d'un accident survenu alors que la personne était assurée, à la condition que les traitements débutent dans les douze (12) mois de la date de l'accident et se terminent dans les trente-six (36) mois de cette date, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par accident.

13. MÉDICAMENTS (MÉDICAMENTS CONTRÔLÉS)

Sur ordonnance d'un médecin ou d'un chirurgien-dentiste et pourvu qu'ils soient fournis par un pharmacien licencié, les frais de médicaments simples ou composés qui ne peuvent être obtenus que sur prescription d'un médecin ou d'un chirurgien-dentiste sont remboursés, de même que les médicaments mentionnés ci-dessous :

- a. les extemporanés, sauf s'il s'agit d'un substitut à un médicament non couvert en vertu de cette protection;
- b. les contraceptifs oraux;
- c. l'insuline, les seringues et les aiguilles servant à l'injection d'insuline et les agents diagnostiques pour diabète compris dans la liste des médicaments établie en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec;
- d. les médicaments cardio-vasculaires non Pr; (disponible sans prescription)
- e. les bronchodilatateurs ou les spasmolytiques;
- f. les extraits d'allergènes pour désensibilisation;
- g. les médicaments prévus en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec.

Exclusions :

Aucun remboursement n'est accordé pour :

1. les médicaments et produits suivants, à moins qu'ils n'apparaissent sur la liste des médicaments établie en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec et soient prescrits pour traiter des pathologies reconnues par cette loi :
 - a. les produits « grand public »;
 - b. les multivitamines exigeant ou non une ordonnance médicale;
 - c. les vaccins;
 - d. les suppléments diététiques ou alimentaires prescrits ou non pour une raison médicale;
 - e. les produits servant à traiter l'obésité;
 - f. les anti-tabac non couverts en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec;
 - g. les préparations homéopathiques;
 - h. les diaphragmes, les gelées et les appareils contraceptifs;

- i. les produits de remplacement ou de substitution exigeant ou non une ordonnance;
 - j. les produits pour soins de la peau, les savons, les cosmétiques, les shampooings et autres produits pour le cuir chevelu, les détergents, les huiles émollientes ou lubrifiantes, les lotions, les crèmes, les agents protecteurs, les kératolytiques qui peuvent être obtenus sans ordonnance, et les autres produits pour cuir chevelu;
 - k. les hormones de croissance;
 - l. les médicaments pour dysfonction sexuelle;
 - m. les antihistaminiques;
 - n. les myorelaxants;
2. les frais de services, traitements, appareils, accessoires, drogues ou médicaments utilisés sur une base expérimentale ou dont l'application n'est pas communément reconnue ou qui dépassent les normes ordinaires et raisonnables;
 3. les frais pour investigation, manipulation, médication, traitement concernant l'infertilité, la calvitie, l'esthétique ou la génétique;
 4. les frais de chirurgie dont le coût doit être entièrement assumé par l'assuré, sauf si cette chirurgie a été approuvée au préalable par l'assureur;
 5. les services, les soins ou les produits non inclus dans la liste des frais admissibles;
 6. les frais couverts par un régime gouvernemental, même si l'assuré n'est pas admissible à un tel régime, ou à tout autre régime d'assurance incluant les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation;
 7. les services rendus par un parent ou un ami de l'assuré, sauf dans les cas expressément stipulés aux présentes;
 8. les frais encourus à la suite de blessure ou de maladie que l'assuré s'est volontairement infligée, qu'il soit conscient ou non de ses actes, de même que toute tentative de suicide;
 9. les frais encourus à la suite de blessure subie par l'assuré et qui résulte :
 - a. de la participation ou tentative de participation à un délit criminel;
 - b. d'une opération militaire ou alors qu'il est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
 - c. de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, réelle ou appréhendée ou en raison d'une guerre déclarée ou non ou de tout autre acte belliqueux;
 - d. de la conduite, par l'assuré, de tout véhicule motorisé terrestre ou aquatique, alors qu'il est sous l'influence de stupéfiants ou avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident ou encore sous médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant;
 10. advenant l'approbation par Santé Canada d'un nouveau médicament pouvant affecter le coût de la garantie de façon importante, l'assureur se réserve le droit d'exclure ledit médicament de la garantie s'il ne fait pas partie de la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec ou de modifier la prime à compter de la date de l'approbation.

Coordination des prestations

Si l'assuré est couvert en vertu d'un autre régime d'assurance collective ou individuelle ou par l'entremise d'un régime d'état, la somme de toutes les prestations payables ne peut excéder 100 % des frais engagés.

L'ordre de paiement des prestations est établi comme suit :

1. le régime qui ne comprend pas une telle disposition de coordination des prestations devient le premier payeur; ou
2. le régime qui couvre un assuré en tant qu'employé a priorité sur celui qui le couvre en tant que personne à charge; ou
3. lorsqu'un assuré est couvert par plus d'un régime, l'ordre de paiement est le suivant :
 - a. premier payeur : le régime collectif auquel il participe en tant que salarié actif à plein temps;
 - b. deuxième payeur; le régime collectif auquel il participe en tant que salarié actif à temps partiel;
 - c. troisième payeur : le régime collectif auquel il participe en tant que retraité; ou
4. lorsqu'une personne est couverte en tant que conjoint, l'ordre de préséance est le suivant :
 - a. premier payeur : le régime collectif auquel elle participe en tant que salarié;
 - b. deuxième payeur : le régime collectif le protégeant en tant que personne à charge.

Si une personne est couverte en tant que conjoint ou conjoint survivant par plus d'un régime collectif, l'ordre de préséance est le suivant :

- a. premier payeur : le régime collectif couvrant cette personne depuis le moins longtemps;
 - b. deuxième payeur : l'autre régime.
5. Lorsque des enfants à charge sont couverts par plus d'un régime collectif, l'ordre de préséance est le suivant :
 - a. premier payeur : le régime collectif d'un parent dont l'anniversaire arrive en premier (mois/jour) dans l'année civile;
 - b. deuxième payeur : le régime collectif du parent dont l'anniversaire arrive en dernier (mois/jour) dans l'année civile;
 - c. troisième payeur : si les parents ont la même date d'anniversaire, le régime de celui dont la lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet.

Lorsqu'un enfant à charge a droit à des prestations de survivant, l'ordre de préséance des régimes collectifs qui étaient en vigueur avant le décès du parent est maintenu, à moins qu'un nouveau parent n'entre en jeu. Dans ce cas, le régime prévoyant des prestations de survivant devient le dernier payeur.

Dans le cas de garde exclusive d'un enfant à charge, l'ordre de préséance est le suivant :

- a. premier payeur : le régime collectif du parent ayant la garde de l'enfant à charge;
- b. deuxième payeur : le régime collectif du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant à charge;
- c. troisième payeur : le régime collectif du parent n'ayant pas la garde de l'enfant à charge;
- d. quatrième payeur : le régime collectif du conjoint du parent « troisième payeur ».

Prolongation d'assurance des personnes à charge assurées

Au décès de l'adhérent bénéficiant de la présente garantie, l'assurance frais médicaux des personnes à sa charge est prolongée, sans paiement de primes jusqu'à la plus rapprochée des dates suivantes :

1. vingt-quatre (24) mois après le décès de l'adhérent;
2. la date à laquelle l'assurance frais médicaux des personnes à charge aurait pris fin;
3. la date de résiliation de la présente garantie ou de la police d'assurance;
4. la date du soixante-cinquième (65e) anniversaire de naissance de la personne à charge.

Dispositions générales

Les définitions et conditions générales s'appliquent à cette garantie.

ASSURANCE VOYAGE

(Frais encourus hors du Canada)

Sous-groupe 00

Catégories 1 - 2 - 3 - 4

Pourvu que l'assuré ait moins de soixante-dix (70) ans, réside au Canada et soit couvert en vertu du régime public d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de sa province de résidence et s'il reçoit d'urgence des soins de santé à la suite de blessures corporelles ou d'une maladie soudaine survenant lors d'un séjour de moins de cent quatre-vingts (180) jours à l'extérieur de sa province de résidence, l'assureur rembourse les frais admissibles, usuels et nécessaires, en excédent et non en remplacement des prestations prévues par les programmes gouvernementaux, que l'assuré ait droit ou non à ces prestations.

Les frais admissibles pour les fournitures ou services prescrits par un médecin et considérés comme nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure sont sujets à la franchise, à la coassurance et aux maximums indiqués au Sommaire des garanties.

Cette couverture d'assurance fait partie intégrante de la garantie Frais médicaux.

Obligation de l'assuré

L'assuré doit aviser la compagnie d'assistance voyage, dès que possible, de la survenance de l'incident, accident ou maladie. Il doit aussi obtenir l'accord préalable de la compagnie d'assistance avant d'entreprendre toute initiative ou d'engager toute dépense. Si l'assuré manque à cette obligation, il pourrait se voir limiter ou refuser le remboursement de certains frais.

DÉFINITIONS

C

Compagnie d'assistance

Désigne la compagnie spécialisée avec laquelle l'assureur a signé une convention par laquelle la compagnie d'assistance s'engage à fournir l'assistance voyage, telle que ci-après décrite, aux assurés qui y sont admissibles.

Compagnon de voyage

Une personne qui partage des arrangements de voyage payés à l'avance avec ceux de l'assuré (jusqu'à un maximum de quatre (4) personnes incluant l'assuré).

H

Hôpital

Hors de la province de résidence de l'assuré, «hôpital» désigne un établissement enregistré en tant qu'hôpital accrédité et offrant des soins et des traitements à des patients internes ou externes. Un infirmier diplômé y est toujours de garde et on y trouve un laboratoire, de même qu'une salle d'opération où les interventions chirurgicales sont pratiquées par un chirurgien légalement accrédité.

Le terme «hôpital» ne désigne en aucun cas un établissement ou une partie d'un établissement accrédité ou utilisé principalement comme clinique, un établissement ou une partie d'établissement pour les soins prolongés, un hôpital de convalescence, une maison de repos, un établissement thermal ou un centre de désintoxication pour toxicomanes ou pour alcooliques.

M

Maladie

Détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. La grossesse n'est pas considérée comme une maladie, sauf en cas de complications pathologiques au cours des vingt-huit (28) premières semaines.

Membre de la famille

Sont considérés membres de la famille, le conjoint, le père, la mère, les grands-parents, petits-enfants, beaux-parents, un enfant de l'assuré ou de son conjoint, le frère, la sœur, le demi-frère, la demi-sœur, le beau-frère, la belle-sœur, le gendre, et la bru.

Membre de la famille immédiate

Sont considérés membres de la famille immédiate, l'adhérent, le conjoint et les enfants des deux.

U

Urgence

Toute situation reliée à une maladie aiguë ou à une blessure accidentelle et qui exige un traitement immédiat, nécessaire pour des raisons d'ordre médical, prescrit par le médecin.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Condition de remboursement

Ne sont pas remboursés, même s'ils sont admissibles, les frais engagés sans l'autorisation préalable de la compagnie d'assistance.

Fin de la garantie

Lorsque la présente garantie est en vigueur, celle-ci prend fin :

1. à la date de terminaison du contrat d'assurance collective; ou
2. à la date de terminaison de la garantie d'assurance frais médicaux; ou
3. à la date de terminaison de la garantie d'assurance voyage.

Étendue géographique

La garantie est applicable dans le monde entier, à l'exclusion de la province de résidence de l'assuré, des pays en état de guerre déclarée ou non, ou d'instabilité politique notoire

Rapatriement de l'assuré

Sauf s'il y a contre-indication médicale, l'assureur peut exiger le rapatriement de l'assuré ou son transfert aux fins de traitement en un lieu différent. Le refus d'être transféré ou rapatrié met fin aux prestations.

Billets non utilisés

Le titre de transport non utilisé du fait des services rendus par la compagnie d'assistance devra être cédé à l'assureur ou sa valeur sera déduite des prestations payables par l'assureur.

Coordination des prestations

Lorsque l'assuré a droit à des prestations similaires en vertu d'un autre contrat d'assurance individuelle ou collective, les prestations payables en vertu de la présente garantie et des autres

contrats sont coordonnées de façon à ce que le total des sommes payées n'excède pas le montant des frais engagés.

Subrogation

Lorsque l'assuré acquiert un droit de poursuite contre toute personne physique ou morale relativement à une perte couverte en vertu de la présente garantie, l'assureur est subrogé à l'assuré dans ses droits, jusqu'à concurrence du montant payé par l'assureur. L'assuré doit signer tous les documents nécessaires pour constater cette subrogation et faire tout ce qui est requis pour protéger ses droits.

Limitations de responsabilité

Les médecins, les hôpitaux, les cliniques, et toutes autres personnes auxquels la compagnie d'assistance fait appel, sont pour la plupart des fournisseurs de services indépendants et responsables de leurs actes, et ne sont pas des employés ou des agents de la compagnie d'assistance. Ni la compagnie d'assistance, ni l'assureur ne peuvent être tenus responsables des actes ou des négligences de ces fournisseurs de services.

L'assureur et la compagnie d'assistance ne sont pas responsables de l'accessibilité ou de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés, ni de l'impossibilité d'obtenir de tels soins.

DESCRIPTION DES FRAIS ADMISSIBLES

Sont admissibles, les frais suivants :

Frais hospitaliers

1. les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée ou privée selon l'option choisie pour la garantie d'assurance frais médicaux au Canada.
2. les frais inhérents à une hospitalisation tels que téléphone, télévision et stationnement, jusqu'à concurrence de 100 \$ par hospitalisation.

Honoraires médicaux

Les honoraires professionnels de médecin pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des honoraires pour des soins dentaires.

Appareils médicaux

À la discrétion de l'assureur, l'achat ou la location de béquilles, de cannes ou d'attelles; la location de fauteuils roulants manuels standards, d'appareils orthopédiques ou d'autres appareils médicaux, lorsqu'ils sont prescrits par le médecin traitant.

Honoraires d'infirmiers

Les honoraires d'un infirmier diplômé en service privé, membre en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative pour des soins infirmiers privés, durant la période d'hospitalisation, lorsqu'ils sont médicalement requis et prescrits par le médecin traitant, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année civile.

L'infirmier ne doit avoir aucun lien de parenté avec l'assuré, ni être un compagnon de voyage.

Frais de diagnostic

Les analyses de laboratoire et les radiographies, lorsque prescrites par le médecin traitant.

Médicaments

Le coût des médicaments obtenus sur ordonnance du médecin traitant dans le cadre d'un traitement d'urgence.

Soins dentaires

Les honoraires d'un chirurgien-dentiste pour les soins dentaires requis par suite d'un traumatisme externe (et non par suite d'introduction volontaire d'un aliment ou d'un objet dans la bouche), seulement lorsqu'il y a dommage des dents naturelles et saines n'ayant subi aucun traitement en vue de réduire une fracture ou en vue de remettre en place une mâchoire à la suite d'une dislocation.

Dans tous les cas, le traitement doit débuter pendant que l'assurance est en vigueur et se terminer dans les douze (12) mois suivants la date de l'accident.

Frais de transport

Pourvu que la compagnie d'assistance ait planifié le transport, en plus d'en avoir approuvé le remboursement, sont remboursés les frais suivants :

1. Ambulance

Le transport terrestre ou aérien pour conduire l'assuré jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Ce service comprend également le transfert entre hôpitaux lorsque le médecin traitant et la compagnie d'assistance estiment que les installations existantes sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition.

2. Rapatriement dans la province de résidence

Le rapatriement de l'assuré dans sa province de résidence pour qu'il puisse recevoir des soins médicaux immédiats, et ce, après autorisation du médecin traitant et de la compagnie d'assistance.

Lorsque le transport aérien est requis, le coût du transport aller et retour en classe économique d'une escorte médicale, lorsqu'elle est exigée par le transporteur aérien ou le médecin traitant de l'assuré. Ces frais doivent être convenus au préalable avec l'assureur et l'escorte médicale ne doit pas avoir aucun lien de parenté avec l'assuré ni être un compagnon de voyage.

Le rapatriement simultané du compagnon de voyage ou de tout membre de la famille immédiate de l'assuré qui est également assuré en vertu de la présente garantie, s'il ne peut revenir à son point de départ par le moyen de transport initialement prévu pour le retour.

3. Visite de l'assuré

Le transport aller-retour, en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) d'un membre de la famille :

- a. pour rendre visite à l'assuré lorsque la nécessité de cette visite est attestée par écrit par le médecin traitant et que l'assuré séjourne à l'hôpital depuis au moins sept (7) jours;
- b. pour identifier l'assuré décédé, si exigé par les autorités locales.

4. Retour du véhicule

Le retour, par l'intermédiaire d'une agence commerciale, du véhicule personnel de l'assuré ou d'un véhicule de location, à la résidence de l'assuré ou à l'établissement de l'agence de location en cause le plus rapproché, en cas de maladie ou d'accident rendant l'assuré incapable de s'en occuper, à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu au cours du voyage, et qu'aucune personne l'accompagnant ne peut conduire ledit véhicule, jusqu'à concurrence de 1 000 \$.

L'assuré doit présenter un certificat médical émanant du médecin lui ayant prodigué les premiers soins.

5. Disposition de la dépouille mortelle

Jusqu'à concurrence de 5 000 \$, la préparation (excluant le coût du cercueil ou de l'urne) et le rapatriement de la dépouille mortelle jusqu'au point de départ dans la province de résidence ou le coût de crémation ou de l'enterrement sur place.

Allocation de subsistance

Sur production de pièces justificatives et d'un certificat médical attestant qu'à cause de maladie de l'assuré, d'un membre de la famille immédiate qui l'accompagne ou d'un compagnon de voyage, ou de blessures corporelles de l'un d'eux, l'assuré doit reporter son retour, l'assureur rembourse les frais d'hébergement et de repas dans un établissement commercial, jusqu'à concurrence de huit (8) jours et d'un maximum de 150 \$ par jour et d'un maximum de 1 200 \$ par séjour à l'étranger pour l'ensemble des personnes protégées en vertu de la présente clause.

Assistance voyage

1. Assistance médicale

L'assureur s'engage à fournir, sans frais, par l'intermédiaire de la compagnie d'assistance, des services téléphoniques vingt-quatre (24) heures sur vingt-quatre (24) et sept (7) jours par semaine, lorsque l'assuré doit consulter un médecin ou être hospitalisé en cas d'accident ou de maladie subite. Au moyen de ce service, la compagnie d'assistance :

- a. en Floride, dirige l'assuré vers une clinique ou un hôpital membre du réseau Preferred Patient Care; en tout autre endroit, dirige l'assuré vers une clinique ou un hôpital et avance les fonds à l'hôpital, si nécessaire;
- b. confirme la couverture d'assurance médicale si nécessaire;
- c. assure le suivi du dossier médical et communique avec le médecin de la famille;
- d. coordonne le rapatriement de l'assuré dans sa province de résidence, s'il y a lieu;
- e. coordonne le retour en toute sécurité des enfants à charge à leur domicile lorsque l'un des parents assurés est hospitalisé au cours du voyage;
- f. coordonne la visite d'un membre de la famille si l'assuré doit séjourner à l'hôpital au moins sept (7) jours et que le médecin traitant prescrit cette visite;
- g. coordonne le retour du véhicule personnel de l'assuré si une maladie ou un accident le rend incapable de s'en occuper.

2. Assistance générale

Par l'intermédiaire de la compagnie d'assistance, l'assureur s'engage également à fournir les services suivants à l'assuré en situation d'urgence :

- a. l'assistance téléphonique sans frais, vingt-quatre (24) heures par jour, sept (7) jours par semaine;
- b. la transmission de messages (la compagnie d'assistance conserve dans ses bureaux les messages à prendre pendant un maximum de quinze (15) jours);
- c. la coordination des demandes de règlement;
- d. le service d'interprète lors d'appels téléphoniques;
- e. la référence à un avocat dans le cas d'un accident grave (les frais d'avocat ne sont pas couverts);
- f. le règlement des formalités en cas de décès;
- g. l'assistance en cas de perte ou de vol de papiers d'identité;
- h. les informations sur les ambassades et les consulats;

Par la compagnie d'assistance, l'assureur peut également fournir à la demande de l'assuré, des informations sur les visas à obtenir et les vaccins à recevoir avant d'entreprendre tout voyage à l'étranger.

Exclusions et réductions de la garantie :

Aucun remboursement n'est accordé dans les cas suivants :

1. défaut de l'assuré d'aviser la compagnie d'assistance dès que possible de tout accident ou maladie subite;
2. frais engagés après le rapatriement de l'assuré;
3. frais occasionnés par une grossesse, la fausse couche, l'accouchement ou ses complications, lorsqu'engagés dans les douze (12) semaines précédant la date prévue de l'accouchement;
4. accident survenu alors que l'assuré pratique ou participe à une activité telle que :
 - a. la pratique de vol plané, de deltaplane ou de parapente
 - b. le saut en parachute ou le parachutisme en chute libre ou non
 - c. l'alpinisme
 - d. la course ou une épreuve de vitesse à bord de tout véhicule motorisé de toute nature
 - e. la participation contre rémunération à des activités sportives
 - f. la plongée sous-marine sous glace, de nuit, pour exploration d'épave ou de caverne
 - g. les sports de combat
 - h. tout sport qui se pratique dans des conditions extrêmes ou inhabituelles et qui comporte un risque de blessures plus élevé comparativement à toute autre activité sportive normalement pratiquée
5. blessure ou maladie que l'assuré s'est volontairement infligées, qu'il soit conscient ou non de ses actes, de même que tout suicide ou tentative de suicide;
6. frais encourus à la suite de blessure subie par l'assuré et qui résulte :
 - a. de la participation ou tentative de participation à un délit criminel;
 - b. d'une opération militaire ou alors qu'il est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
 - c. de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, réelle ou appréhendée ou en raison d'une guerre déclarée ou non ou de tout autre acte belliqueux;
 - d. de la conduite, par l'assuré, de tout véhicule motorisé terrestre ou aquatique, alors qu'il est sous l'influence de stupéfiants ou avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident ou encore sous médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant;
7. Pour les services de rapatriement et d'assistance voyage, lorsque le sinistre a lieu :
 - a. dans un pays où le gouvernement du Canada a émis une recommandation de ne pas séjourner ou :
 - b. dans un pays en état de guerre déclarée ou non ou;

- c. dans un pays d'instabilité notoire, lors d'émeute, de mouvement populaire, de représailles, de restriction à la libre circulation ou;
- d. pour d'autres cas de force majeure rendant matériellement impossible l'intervention de la compagnie d'assistance

La présente exclusion ne s'applique pas à l'assuré présent dans un pays étranger au moment où le gouvernement du Canada émet une recommandation de ne pas y séjourner pour autant qu'il prenne les dispositions nécessaires pour s'y conformer dans les meilleurs délais;

- 8. frais engagés pour des soins, traitements, produits ou services autres que ceux qui sont nécessaires au traitement des blessures ou de la maladie ou à la stabilisation de la condition médicale;
- 9. frais engagés à des fins esthétiques;
- 10. frais engagés hors de la province de résidence de l'assuré quand ces frais auraient pu être engagés dans la province de résidence sans danger pour la vie ou la santé de l'assuré, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que des soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de l'assuré.

Sans limiter la généralité de ce qui précède, l'assuré voyageant à l'extérieur de sa province de résidence principalement ou accessoirement pour consultation ou traitement n'a droit à aucune prestation en vertu de la présente garantie, même si ce voyage est recommandé par un médecin;

- 11. frais engagés pour l'achat des produits suivants, même s'ils sont obtenus sur ordonnance : les préparations alimentaires pour nourrissons, les suppléments ou substituts alimentaires ou diététiques de toute nature y compris les protéines, les produits dits «naturels», les multivitamines et les médicaments «grand public», les gargarismes, les huiles, shampooings, lotions, savons et tout autre produit dermatologique;
- 12. frais remboursés ou remboursables par la Régie de l'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré;
- 13. si l'assuré est déjà porteur d'une maladie ou d'une affection connue, il doit s'assurer, avant son départ, que son état de santé est bon et stable, qu'il peut effectuer ses activités régulières et qu'aucun symptôme ne laisse raisonnablement présager que des complications puissent survenir ou que des soins soient requis pendant la durée du voyage à l'extérieur de sa province de résidence.

En d'autres termes, pour que l'assuré soit couvert, la maladie ou l'affection connue doit être sous contrôle, depuis au moins un (1) mois avant son départ. Si la maladie ou l'affection :

- a. s'est aggravée;
- b. a été l'objet d'une rechute ou d'une récurrence;
- c. est instable;
- d. est en phase terminale d'évolution;

- e. est chronique et présente des risques de dégradation ou de complications prévisibles pendant la durée du voyage;

l'assureur recommande à l'assuré de communiquer, quelques semaines avant le départ, avec la compagnie d'assistance. L'assuré obtiendra ainsi des précisions sur la signification de l'expression « maladie subite et inattendue » de même que la confirmation que la garantie s'applique ou ne s'applique pas dans sa situation.

- 14. frais de transport ou de rapatriement non approuvés et planifiés par la compagnie d'assistance;
- 15. refus, de la part de l'assuré, sans raison médicale valable, de se conformer aux recommandations de la compagnie d'assistance quant à son rapatriement, aux choix de l'hôpital ou quant aux soins requis. Par soins requis, on entend les traitements nécessaires à la stabilisation de la condition médicale de l'assuré.

Règles de coordination des prestations

Si l'assuré est couvert en vertu d'un autre régime d'assurance collective ou individuelle ou par l'entremise d'un régime d'état, la somme de toutes les prestations payables ne peut excéder 100 % des frais engagés.

L'ordre de paiement des prestations est établi comme suit :

- 1. le régime qui ne comprend pas une telle disposition de coordination des prestations devient le premier payeur; ou
- 2. le régime qui couvre un assuré en tant qu'employé a priorité sur celui qui le couvre en tant que personne à charge; ou
- 3. lorsqu'une personne à charge est couverte par plus d'un régime, la priorité va au régime de l'adhérent dont l'anniversaire de naissance est le plus près du début de l'année civile;
- 4. lorsque la priorité ne peut être établie, le montant payable sera proportionnel aux montants qui auraient dû être payés en vertu de chaque régime.

Demandes de prestations

Il est entendu et convenu qu'aucuns frais médicaux ou hospitaliers ne sont remboursés en vertu de la présente clause avant que les organismes gouvernementaux n'aient terminé l'étude de la demande de règlement de l'assuré et n'aient versé des prestations, le cas échéant.

Prolongation d'assurance des personnes à charge assurées

Au décès de l'adhérent, la garantie d'assurance voyage des personnes à sa charge est prolongée automatiquement pendant trente (30 Jours) après le décès de l'adhérent sans paiement de primes

Fin de l'assurance des personnes à charge

L'assurance voyage cesse à la première des dates suivantes :

1. à la date de cessation, résiliation ou terminaison de la police d'assurance ;
2. à la date où l'assuré ne remplit plus les conditions d'admissibilité ;
3. à la date d'échéance de la prime impayée, à défaut du paiement de la prime avant l'expiration du délai de grâce ;
4. à la date de terminaison de la garantie Frais Médicaux ;
5. à la date du décès de la personne à charge

Dispositions générales

Les définitions et conditions générales s'appliquent à cette garantie pourvu qu'elles ne soient pas incompatibles avec les termes de celles-ci.

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

Sous-groupe 00

Catégories 1 - 2 - 3 - 4

L'assureur rembourse, selon les modalités décrites à la présente clause, les frais engagés par l'assuré lui-même à la suite de l'annulation ou de l'interruption d'un voyage dans la mesure où les frais engagés ont trait à des frais de voyage payés d'avance par l'assuré et que ce dernier, au moment de finaliser les arrangements du voyage, ne connaisse aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu.

Cette couverture d'assurance fait partie intégrante de la garantie Frais médicaux.

Montant

Les frais couverts en vertu de la présente clause sont payables par l'assureur jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par assuré pour le voyage projeté.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Le voyage doit être annulé ou interrompu en raison d'une des clauses suivantes :

1. maladie ou accident que subit l'assuré, son compagnon de voyage, un associé en affaires de l'assuré ou un membre de la famille de l'assuré. La maladie ou l'accident doit empêcher, lors de l'annulation ou de l'interruption du voyage de l'assuré, la personne concernée de remplir ses fonctions habituelles et doit être raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage de l'assuré;
2. décès de l'adhérent, décès du conjoint de l'adhérent, décès d'un enfant de l'adhérent ou de son conjoint, décès du compagnon de voyage de l'assuré ou décès d'un associé en affaires de l'assuré;
3. décès d'un membre de la famille :
 - a. de l'assuré autre que l'adhérent, le conjoint de l'adhérent, ou un enfant de l'adhérent ou de son conjoint;
 - b. du compagnon de voyage de l'assuré;pour autant que les funérailles aient lieu au cours de la période projetée du voyage ou dans les quatorze (14) jours qui la précèdent;
4. décès ou hospitalisation d'urgence de l'hôte de l'assuré à destination;
5. convocation de l'assuré ou de son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury ou assignation d'une de ces personnes à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage, pour autant que cette personne ait entrepris les démarches nécessaires afin d'obtenir un report de la cause à être entendue. Une telle

convocation ou assignation n'est pas considérée comme admissible aux fins d'annulation ou d'interruption lorsque la personne concernée :

- a. intente une poursuite; ou
 - b. est une partie poursuivie; ou
 - c. agit dans l'exercice de ses fonctions habituelles si ces dernières sont celles d'un policier;
6. mise en quarantaine de l'assuré, pour autant que la mise en quarantaine se termine sept (7) jours ou moins avant la date prévue du départ ou se produise au cours de la période du voyage;
 7. nonobstant la clause 1, section Exclusions, détournement de l'avion à bord duquel l'assuré voyage;
 8. sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de l'assuré ou de l'hôte à destination, pour autant que la résidence soit toujours inhabitable sept (7) jours ou moins avant la date prévue du départ ou que le sinistre ait lieu au cours de la période du voyage;
 9. transfert de l'assuré, pour le même employeur, à plus de cent (100) kilomètres de son domicile actuel, pour autant que ce transfert soit exigé par son employeur, dans les trente (30) jours précédant la date fixée de départ;
 10. le gouvernement du Canada émet une recommandation incitant les Canadiens à ne pas voyager dans le pays où l'assuré doit se rendre pour une période couvrant le voyage projeté et que la recommandation soit émise après que l'assuré ait pris les arrangements relatifs à son voyage;
 11. retard du moyen de transport utilisé par l'assuré pour se rendre au point de départ du voyage projeté ou au point de départ d'une correspondance prévue après le départ du voyage projeté, pour autant que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoit une arrivée au point de départ au moins trois (3) heures avant l'heure de départ ou au moins deux (2) heures avant l'heure de départ si la distance à parcourir est de moins de cent (100) kilomètres. Le retard doit être causé par :
 - a. les conditions atmosphériques;
 - b. des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée);
 - c. un accident de la circulation; ou
 - d. la fermeture d'urgence d'une route.Chacune des deux (2) dernières causes devant être appuyées par un rapport de police;
 12. conditions atmosphériques qui sont telles :
 - a. que le départ du transporteur public utilisé par l'assuré, au point de départ du voyage projeté, soit retardé pour une période d'au moins 30 % (minimum de quarante-huit (48) heures) de la durée prévue du voyage; ou
 - b. que l'assuré ne peut effectuer une correspondance prévue, après le départ, avec un autre transporteur, pour autant que la correspondance prévue après le départ soit

retardée pour une période d'au moins 30 % (minimum de quarante-huit (48) heures) de la durée prévue du voyage;

13. sinistre survenant à la place d'affaires ou sur les lieux physiques où doit se tenir une activité à caractère commercial, tel sinistre rendant impossible la tenue de l'activité prévue de sorte qu'un avis écrit annulant l'activité est émis par l'organisme officiel responsable de l'organisation de cette activité.

DÉFINITIONS

A

Accident

Événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause externe de nature violente et qui occasionne, directement et indépendamment de toute autre cause, des lésions corporelles.

Activité à caractère commercial

Assemblée, congrès, convention, exposition, foire ou séminaire, à caractère professionnel ou commercial, telle activité devant être publique, sous la responsabilité d'un organisme officiel et conforme aux lois, règlements et politiques de la région où est prévue se tenir l'activité, et qui se veut la seule raison du voyage projeté.

Associé en affaires

La personne avec qui l'assuré est associé en affaires dans le cadre d'une compagnie composée de quatre (4) coactionnaires ou moins ou d'une société commerciale ou civile composée de quatre (4) associés ou moins.

Assuré

L'adhérent, le conjoint et les enfants à charge protégés par la présente clause.

C

Compagnon de voyage

La personne avec qui l'assuré partage la chambre ou l'appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de l'assuré.

F

Frais de voyage payés d'avance

Sommes déboursées par l'assuré pour l'achat d'un voyage à forfait, d'un billet d'un transporteur public ou pour la location d'un véhicule motorisé auprès d'un commerce accrédité. Sont également incluses, les sommes déboursées par l'assuré ayant trait à des réservations pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par l'assuré ou par l'intermédiaire d'un agent de voyages de même que les sommes déboursées par l'assuré ayant trait aux frais d'inscription à une activité à caractère commercial.

H

Hôte à destination

La personne avec qui l'assuré partage un hébergement prévu à l'avance, pour autant que l'hébergement réfère à la résidence principale de l'hôte à destination.

M

Membre de la famille

Sont considérés membres de la famille, le conjoint, le père, la mère, les grands-parents, petits-enfants, beaux-parents, un enfant de l'assuré ou de son conjoint, le frère, la sœur, le demi-frère, la demi-sœur, le beau-frère, la belle-sœur, le gendre, la bru.

V

Voyage

Voyage touristique ou d'agrément ou activité à caractère commercial comportant une absence de l'assuré de son lieu de résidence pour une période d'au moins soixante et douze (72) heures consécutives et nécessitant un déplacement d'au moins quatre cents (400) kilomètres (aller et retour) de son lieu de résidence. Est également considérée comme voyage, une croisière d'une durée prévue d'au moins soixante et douze (72) heures consécutives, sous la responsabilité d'un commerce accrédité.

DESCRIPTION DES FRAIS ADMISSIBLES

Sont admissibles, les frais suivants :

1. en cas d'annulation avant le départ :
 - a. portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance;
 - b. frais supplémentaires engagés par l'assuré dans le cas où la personne qui devait accompagner l'assuré et partager la chambre ou l'appartement à destination doit annuler pour une des raisons mentionnées à la section Conditions générales et que l'assuré décide d'effectuer le voyage tel que prévu initialement, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable au moment où la personne accompagnatrice doit annuler;
 - c. portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de l'assuré est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'il décide de ne pas effectuer le voyage;
2. si un départ est manqué à cause du retard du moyen de transport utilisé par l'assuré ou si le voyage, après le départ, est interrompu temporairement à cause d'une maladie ou d'un accident subit par l'assuré ou son compagnon de voyage : coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique par un transporteur public à horaire fixe par la route la plus directe jusqu'à la destination initialement prévue;
3. si le retour est anticipé ou retardé :
 - a. coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour jusqu'au point de départ, par le moyen de transport prévu initialement;
 - b. dans le cas où le moyen de transport prévu initialement ne peut être utilisé, et ce, que des frais de voyage aient été payés d'avance ou non, les frais couverts correspondent aux frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour de l'assuré jusqu'au point de départ; ces frais doivent être, au préalable, convenus avec l'assureur.
 - c. la portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.

Restriction :

Si le retour de l'assuré est retardé de plus de sept (7) jours à la suite d'une maladie ou d'un accident subi par l'assuré ou son compagnon de voyage, les frais engagés sont couverts pour autant que la personne concernée ait été admise dans un hôpital à titre de patient interne pendant plus de quarante-huit (48) heures à l'intérieur de ladite période de sept (7) jours.

Dans le cas où des frais de voyage n'ont pas été payés d'avance, les frais engagés par l'assuré sont couverts pourvu que ce dernier, avant la date du début du voyage, ne connaisse aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'interruption du voyage prévu.

Restriction : Les frais payables par toute personne autre que l'assuré ne sont pas couverts.

Exclusions

Aucun remboursement n'est accordé dans les cas suivants :

1. frais encourus à la suite de blessure subie par l'assuré ou par son compagnon de voyage et qui résulte :
 - a. de la participation ou tentative de participation à un délit criminel;
 - b. d'une opération militaire ou alors qu'il est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
 - c. de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, réelle ou appréhendée ou en raison d'une guerre déclarée ou non ou de tout autre acte belliqueux;
 - d. de la conduite, par l'assuré ou par son compagnon de voyage, de tout véhicule motorisé terrestre ou aquatique , alors qu'il est sous l'influence de stupéfiants ou avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident ou encore sous médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabriquant;
2. de blessure que l'assuré ou son compagnon de voyage s'est volontairement infligée, qu'il soit conscient ou non de ses actes, de même que tout suicide ou tentative de suicide;
3. absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conséquences qui s'ensuivent;
4. accident survenu alors que l'assuré pratique ou participe à une activité telle que :
 - a. la pratique de vol plané, de deltaplane ou de parapente
 - b. le saut en parachute ou le parachutisme en chute libre ou non
 - c. l'alpinisme
 - d. la course ou une épreuve de vitesse à bord de tout véhicule motorisé de toute nature
 - e. la participation contre rémunération à des activités sportives
 - f. la plongée sous-marine sous glace, de nuit, pour exploration d'épave ou de caverne
 - g. les sports de combat
 - h. tout sport qui se pratique dans des conditions extrêmes ou inhabituelles et qui comporte un risque de blessures plus élevé comparativement à toute autre activité sportive normalement pratiquée
5. grossesse, fausse couche, accouchement ou leurs complications, lorsqu'engagés dans les douze (12) semaines précédant la date normale prévue de l'accouchement;
6. si le voyage est entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;

7. si le voyage est entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou ayant subi un accident et que la condition médicale, ou le décès subséquent, de cette personne résulte en une annulation, un retour prématuré ou un retour retardé.
8. les voyages dont l'activité est la chasse ou la pêche.

Demandes de prestations

Lors d'une demande de prestations, l'assuré doit fournir les preuves justificatives suivantes:

1. titres de transport inutilisés;
2. reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
3. reçus pour les arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'un agent de voyages ou d'un commerce accrédité dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Une preuve écrite de la demande de l'assuré à cet effet de même que les résultats de sa demande doivent être transmis à l'assureur;
4. documents officiels attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est due à des raisons médicales, l'assuré doit fournir un certificat médical rempli par un médecin habilité par la loi et pratiquant dans la localité où survient la maladie ou l'accident. Le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité pour l'assuré d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage;
5. rapport de police lorsque le retard du moyen de transport utilisé par l'assuré est causé par un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence d'une route;
6. rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques;
7. preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial à l'effet que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises justifiant l'annulation de l'événement;
8. tout autre rapport exigé par l'assureur permettant de justifier la demande de prestations de l'assuré.

Limitation

Advenant une cause d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé auprès de l'agence de voyages ou du transporteur concerné dans un délai maximal de quarante-huit (48) heures de la cause, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié et l'assureur doit en être avisé au même moment. La responsabilité de l'assureur est limitée aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage quarante-huit (48) heures après la date de la clause d'annulation ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié.

Toutefois, la présente limitation ne s'applique pas s'il est démontré, à la satisfaction de l'assureur, que l'assuré et son conjoint sont dans l'incapacité totale et absolue d'agir. Le cas échéant, le voyage doit être annulé aussitôt que l'une de ces personnes est en mesure de le

faire et la responsabilité de l'assureur est limitée aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage à cette date.

Coordination

Si un assuré a droit à des prestations similaires en vertu d'un contrat individuel ou collectif souscrit auprès d'un autre assureur, les prestations payables en vertu de la présente police sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre contrat.

Toutefois, si l'assuré a droit à des prestations similaires en vertu d'autres clauses de la présente garantie, les prestations sont payables en vertu de la présente clause. La présente clause ne doit pas être interprétée comme limitant la portée des autres clauses de la garantie d'assurance maladie lorsque des prestations ne sont pas payables en vertu de la présente clause.

Fin de l'assurance

L'assurance annulation de voyage cesse à la première des dates suivantes :

1. à la date de cessation, résiliation ou terminaison de la police d'assurance ;
2. à la date où l'assuré ne remplit plus les conditions d'admissibilité ;
3. à la date d'échéance de la prime impayée, à défaut du paiement de la prime avant l'expiration du délai de grâce ;
4. à la date de terminaison de la garantie Frais Médicaux ;

Dispositions générales

Les définitions et conditions générales s'appliquent à cette garantie pourvu qu'elles ne soient pas incompatibles avec les termes de celles-ci.

PRIMES MENSUELLES

Sous-groupe 00

Assurance vie de l'adhérent

Catégories 1 - 2 - 3 - 4 ,174 \$ par 1 000 \$

Décès accidentel ou mutilation par accident

Catégories 1 - 2 - 3 - 4 ,057 \$ par 1 000 \$

Assurance vie des personnes à charge

Catégories 2 - 4 1,75 \$ par famille

Assurance salaire de longue durée

Catégories 1 - 2 1,874 \$ par 100 \$ de prestations mensuelles

Assurance frais médicaux, assurance voyage et annulation de voyage

Catégories 1 - 2

– protection individuelle	107,05 \$
– protection familiale	255,57 \$
– protection familiale sans conjoint	186,08 \$
– protection familiale couple	255,57 \$

Catégories 3 - 4

– protection individuelle	307,05 \$
– protection familiale	655,57 \$
– protection familiale sans conjoint	486,08 \$
– protection familiale couple	655,57 \$

ANNEXE

Paiement des primes d'assurance salaire

Sous-groupe 00

Catégories 1 - 2

La prime d'assurance salaire de longue durée est entièrement payée par l'employé, mais doit être perçue et remise à Humania Assurance par le preneur.

Ligne Info Juridique, Accès-santé et Assistance Routière

Sous-groupe 00

Catégories 1 - 2 - 3 - 4

Ces services sont inclus dans la présente police d'assurance. (Voir dépliant explicatif). Ces services sont offerts aux détenteurs de la garantie santé - frais médicaux.

Programme de gestion de l'invalidité - Programmes d'aide aux employés et aux gestionnaires

Sous-groupe 00

Catégories 1 - 2

1. Objet du programme

Fournir au titulaire de police et à ses gestionnaires des outils et des solutions concrètes en appui à la gestion des ressources humaines afin de réduire le nombre et la durée des invalidités.

2. Description et étendue du programme

Les Services offerts aux gestionnaires et aux employés assurés en vertu de la garantie d'Assurance salaire de longue durée du présent contrat et qui ont été référés par un gestionnaire de l'entreprise ou par Humania Assurance, sont détaillés dans le dépliant explicatif remis au titulaire de la police par Humania assurance.

La gestion de ce service est confiée à une firme externe spécialisée, déterminée par Humania assurance et identifié dans le dépliant explicatif remis aux gestionnaires. Humania Assurance se réserve le droit de changer le gestionnaire du service. Le cas échéant, le titulaire de police sera avisé par écrit.

3. Terminaison

Ce programme se termine à la date de cessation de la garantie Assurance salaire de longue durée de l'employé.



*Le présent Relevé EP3 interentreprises confirme que, en date du **1^{er} juin 2017**, vous êtes couvert par le plan de protection pour les régimes d'assurance santé complémentaires (EP3) de votre assureur qui répond aux normes minimales EP3 établies pour ce genre de régime par la Société canadienne de mutualisation en assurance médicaments (la « **Société** »). , que les dispositions des lois provinciales concernant la mutualisation en assurance médicaments ont préséance sur les dispositions de l'EP3 de votre assureur. En outre toute exclusion de l'EP3 de votre assureur n'est applicable que dans le cadre de l'entente de mutualisation de la Société.*

Ainsi la mutualisation des risques au Québec n'est pas altérée par le régime EP3. Elle a priorité et continuera de s'appliquer aux promoteurs de régimes du Québec, et ce suivant les modalités établies par la Société de compensation en assurance médicaments du Québec (SCAMQ.). Le régime EP3 vient donc compléter la mutualisation des risques prévue par la SCAMQ.

Assureur : Humania Assurance Inc.

Date de l'établissement du Relevé : 1^{er} juin 2017

Souscripteur / Promoteur du régime : APCRV-IUGS (CTAC SOLUTION)

No de police :# 18805

Seuil de mutualisation et modalités d'application du pool EP3 (applicable uniquement aux réclamations de médicaments): 18 000 \$*/ par certificat

**Pour les adhérents du Québec, lorsque inférieur, le seuil prévu par la SCAMQ pour un groupe de votre taille s'applique.*

Existe-t-il des certificats admissibles assujettis à une forme quelconque d'exclusion de sinistre préexistant?

Oui

Non

À déterminer