

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

assuré par



CENTRE DE RECHERCHE SUR LES GRAINS - CEROM

Contrat 102809

Classe 1 – Tous les salariés non cadres

En vigueur le 1^{er} octobre 2017

IMPORTANT

La présente brochure contient les dispositions générales du contrat d'assurance.

Nous vous prions de référer au Sommaire des garanties afin de connaître les protections spécifiques à votre contrat, ainsi que les options et particularités s'y rapportant.

Ce document ne mentionne pas toutes les clauses concernant les définitions, l'admissibilité, l'adhésion, la fin de l'assurance et autres stipulations diverses. Toutefois, vous pouvez en connaître le contenu en consultant le contrat disponible auprès du responsable de groupe chez le Preneur ou auprès de votre employeur.

La forme masculine utilisée dans ce document désigne aussi bien le féminin que le masculin.

DEMANDE DE PRESTATIONS

Tous les formulaires sont disponibles auprès du responsable de groupe chez le Preneur ou chez votre employeur. Vous pouvez également vous les procurer sur notre site Internet à l'adresse :

<https://www.lacapitale.com/fr/particuliers/assurances/assurance-collective/formulaires>

Assurance maladie

Médicaments – Service de paiement automatisé direct

Lors de l'achat de médicaments, l'assuré présente sa carte de services au pharmacien. La Capitale effectuera automatiquement le paiement pour la partie assurée des médicaments. L'assuré n'a donc plus à présenter sa demande de prestations à l'Assureur; il ne débourse que pour la partie non assurée des médicaments (incluant la franchise, s'il y a lieu).

Autres frais

L'assuré doit faire parvenir à l'Assureur le formulaire de demande de prestations dûment rempli, daté et signé. Il est important de suivre les indications inscrites sur le formulaire et de joindre les factures originales et les reçus officiels des frais engagés. L'assuré doit conserver ses copies de reçus, car les originaux ne sont pas retournés. En ce qui concerne les frais d'hospitalisation, l'assuré présente sa carte de services au centre hospitalier lequel fera ensuite parvenir la demande de prestations directement à l'Assureur. Toute demande de prestations doit être présentée à l'Assureur dans les 12 mois qui suivent la date où les frais ont été engagés et peut être transmise par la poste ou par application mobile. S'applique également aux frais de médicaments si aucun service de paiement automatisé n'est retenu au **Sommaire des garanties**.

Dépôt direct des prestations maladie (si applicables)

Pour adhérer à ce service, rien de plus simple. Lors d'une demande de prestation, il vous suffit d'indiquer les informations demandées à la section « Adhésion au dépôt direct des prestations ». Sur acceptation de la demande de prestations, celles-ci seront déposées dans le compte de l'adhérent. L'Assureur transmet ensuite un relevé confirmant le montant déposé et la date du traitement de la réclamation.

Vous pouvez également télécharger le formulaire de dépôt direct sur notre site Internet, indiquer les informations demandées et nous le retourner.

Assurance vie

Il appartient au bénéficiaire de demander la somme assurée en communiquant avec l'Assureur qui lui dirigera les formulaires requis.

Assurance invalidité

Les prestations sont payables à l'adhérent après l'expiration du délai de carence. Le formulaire de demande de prestations doit être rempli par l'adhérent, l'employeur et le médecin traitant et remis le plus tôt possible à l'Assureur.

LA CAPITALE RÉPOND À VOS QUESTIONS

➤ **Quand pouvez-vous nous joindre?**

Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h 00 au 1 800 463-4856 ou 418 644-4200.

Pour un service téléphonique plus rapide, ayez sous la main votre carte de services sur laquelle apparaissent vos numéros de contrat et d'identification.

➤ **Vous changez d'adresse?**

Veuillez communiquer avec nous et nous informer de votre nouvelle adresse le plus rapidement possible. Vous éviterez ainsi les délais postaux.

➤ **Vous avez des enfants à charge de plus de 17 ou 20 ans*?**

Vous devez remplir, à chaque session, l'attestation de fréquentation scolaire à temps plein au bas du formulaire de demande de prestations (*selon l'âge prévu à votre contrat). La confirmation peut être faite par la poste, par télécopieur ou par application mobile.

➤ **Vous désirez un formulaire de demande de prestations?**

Visitez notre site Internet :

<https://www.lacapitale.com/fr/particuliers/assurances/assurance-collective/formulaires>, téléchargez le formulaire requis et imprimez. Vous pouvez aussi obtenir un formulaire auprès du responsable de groupe chez votre employeur ou chez le Preneur du contrat. Toute demande de prestations d'assurance maladie peut être transmise par la poste ou par application mobile.

➤ **Pour faciliter le traitement de votre demande**

Veuillez indiquer sur toute correspondance, vos nom, prénom, numéro de contrat, numéro d'employeur ainsi que votre numéro d'identification apparaissant sur votre carte de services.

➤ **Vous demandez un remboursement pour des professionnels de la santé?**

Pour tous les professionnels de la santé couverts par la présente garantie, l'estampe ou le sceau du professionnel doit être apposé sur le reçu. De même, la signature du professionnel, le nom de l'association, son numéro de permis, les dates de traitements et le nom de la personne traitée sont requis.

Les reçus informatisés ou personnalisés des professionnels sont acceptés pourvu que les informations précitées y soient indiquées.

➤ **Des questions au sujet de votre chèque de remboursement?**

Si vous avez reçu un remboursement moins important que celui que vous attendiez, n'oubliez pas qu'en début d'année, il est possible que vous ayez une franchise ou une coassurance à défrayer. Vérifiez les explications sur le talon du chèque ou du dépôt.

Nous vous rappelons que les chèques non encaissés deviennent périmés après 6 mois.

POUR JOINDRE LA CAPITALE ASSURANCES ET GESTION DU PATRIMOINE INC.

Québec

625, rue Jacques-Parizeau
Case postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200

Montréal

Bureau 820
425, boulevard de Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec) H3A 3G5
514 873-6506

Numéro sans frais : 1 800 463-4856
Application mobile La Capitale

Le Preneur peut en tout temps, après entente avec l'Assureur, apporter des modifications au contrat concernant les catégories de personnes admissibles, l'étendue des protections et le partage des coûts entre les catégories de personnes assurées. De telles modifications peuvent alors s'appliquer à toutes les personnes assurées, qu'elles soient actives, invalides ou retraitées.

Ce document est distribué à titre informatif seulement et ne change en rien les conditions et dispositions du contrat.

TABLE DES MATIÈRES

ARTICLE	PAGE
SOMMAIRE DES GARANTIES	
DÉFINITIONS	1
CONDITIONS D'ASSURANCE	6
1. Admissibilité	6
2. Adhésion	6
3. Date d'entrée en vigueur de l'assurance.....	8
4. Dispositions transitoires	9
5. Modification des prestations	9
6. Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail.....	10
7. Avis et preuves d'invalidité.....	12
GARANTIE D'ASSURANCE VIE	13
1. Garantie d'assurance vie de base de l'adhérent.....	13
2. Garantie d'assurance vie de base des personnes à charge	13
3. Garantie d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles de base	14
5. Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale.....	19
6. Bénéficiaire	20
7. Paiement de l'assurance.....	20
8. Fin de l'assurance	20
9. Droit de transformation applicable à la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent et à la garantie d'assurance vie de base des personnes à charge	21
GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE.....	23
1. Modalités de remboursement.....	23
2. Hospitalisation.....	23
3. Frais de séjour dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée	23
4. Assurance voyage.....	24
5. Assurance annulation de voyage	30
6. Frais de médicaments.....	35

7.	Autres frais admissibles	38
8.	Professionnels de la santé	41
9.	Exclusions et réduction de la garantie	42
10.	Demande de prestations	43
11.	Coordination des prestations	44
12.	Renseignements	44
13.	Renonciation à la responsabilité	44
14.	Prolongation de la protection des personnes à charge suite au décès de l'adhérent... 44	
15.	Fin de l'assurance	45
16.	Droit de transformation.....	45
	GARANTIE D'ASSURANCE INVALIDITÉ LONGUE DURÉE	46
1.	Période de prestations	46
2.	Montant de la prestation	47
3.	Réadaptation.....	49
4.	Indexation	49
5.	Exclusions et réduction de la garantie	49
6.	Exonération des primes en cas d'invalidité totale	51
7.	Fin de l'assurance	51
8.	Supplément aux prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse.....	51
9.	Conditions préexistantes.....	52

SOMMAIRE DES GARANTIES

Ce tableau sommaire décrit brièvement les garanties qui sont incluses dans votre régime d'assurance collective selon la catégorie de salariés à laquelle vous appartenez. La description complète des garanties apparaît dans les pages suivantes.

Description des personnes admissibles	
Classe 1	Tous les salariés non cadres
Renseignements généraux	
Âge maximal des enfants à charge	Jusqu'à 21 ans si l'enfant n'est pas aux études à plein temps. Jusqu'à 26 ans si l'enfant est aux études à plein temps.
Invalidité totale - Propre occupation	Délai de carence de l'assurance invalidité de longue durée et les 24 mois suivants
Période ou récurrence d'invalidité	Toute période continue d'invalidité totale ou une suite de périodes successives d'invalidité attribuables à la même cause ou à des causes connexes séparées par une période de travail à temps complet de moins de : <ul style="list-style-type: none">- 15 jours au cours du délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée.- 180 jours par la suite.
Admissibilité	3 mois de service actif et continu
Nombre d'heures de travail minimum	20 heures par semaine
Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail	
. Congé de maternité, parental, de paternité ou d'adoption	24 mois pour toutes les garanties
. Congé autorisé non payé	31 jours pour l'assurance invalidité, 6 mois pour les autres garanties
. Mise à pied temporaire	31 jours pour l'assurance invalidité, 6 mois pour les autres garanties

Assurance vie de base de l'adhérent

Protection	15 000 \$
Réduction	50 % à 65 ans
Maximum sans preuves	15 000 \$
Maximum avec preuves	15 000 \$
Exonération des primes	Délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée
Fin de l'assurance	71 ans ou à la retraite de l'adhérent si antérieure

Assurance vie de base des personnes à charge

Protection – Conjoint	5 000 \$
Protection – Enfants à charge	2 500 \$
Âge minimum des enfants à charge	Dès la naissance vivante
Exonération des primes	Idem assurance vie de base de l'adhérent
Fin de l'assurance	Idem assurance vie de base de l'adhérent

Assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelle de base

Protection – Adhérent (1 fois l'assurance vie de base de l'adhérent)	Oui
Exonération des primes	Idem assurance vie de base de l'adhérent
Fin de l'assurance	Idem assurance vie de base de l'adhérent

Paiement anticipé en cas de phase terminale (pour l'assurance vie de base et facultative de l'adhérent)	25 %, maximum 50 000 \$
--	-------------------------

Assurance maladie

Service de paiement automatisé Direct

Franchise annuelle

Autres frais admissibles 50 \$ par assuré, maximum 100 \$ par famille

Report de franchise Oui

Frais exempts de franchise et remboursés à 100 %

Hospitalisation Chambre à deux lits

Frais de séjour dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée 25 \$ par jour, par assuré

Assurance et assistance voyage Assurés de moins de 70 ans : 6 mois consécutifs, maximum par assuré : 5 000 000 \$ viager
Assurés de 70 à 74 ans : 30 jours consécutifs, maximum par assuré : 1 000 000 \$ viager

Assurance annulation de voyage Maximum par voyage, par assuré : 5 000 \$

Frais de médicaments

Ticket modérateur 5 \$ par médicament prescrit ou service pharmaceutique

Coassurance médicaments 66 %

Coassurance médicaments génériques 66 %
Jusqu'à concurrence de la contribution maximale annuelle prévue par le régime provincial d'assurance médicaments et 100 % de l'excédent

Clause Régulière

Franchise et coassurance non remboursables par le régime public d'assurance médicaments Oui

Substitution Obligatoire

Dispositions applicables pour les assurés de 65 ans ou plus Surprime : Oui (veuillez vous référer à votre employeur pour connaître le montant)

Autres frais admissibles

Coassurance

75 %

Les maximums décrits ci-dessous sont des maximums de remboursement, à moins d'indication contraire.

Accessoires pour pompe à insuline

Frais raisonnables et habituels

Aide technique à la communication orale

1 000 \$ viager, par assuré

Ambulance

Frais raisonnables et habituels. Aucune franchise applicable. Frais remboursés à 100%.

Appareil auditif et autres dispositifs connexes

700 \$ par période de 60 mois consécutifs, par assuré

Bas de soutien

250 \$ par année civile, par assuré

Bras myoélectrique

10 000 \$ par prothèse, par assuré

Centre de réadaptation

Chambre à deux lits, 180 jours par invalidité, par assuré. Aucune franchise applicable. Frais remboursés à 100%.

Chaussures orthopédiques

300 \$ par année civile, par assuré, maximum combiné¹

Cigognes mécaniques ou hydrauliques

1 appareil par période de 60 mois consécutifs, par assuré, maximum 2 000 \$

Dentiste en cas d'accident

Frais raisonnables et habituels
Les services doivent avoir été rendus dans les 12 mois de la date de l'accident. Aucune franchise applicable. Frais remboursés à 100%.

Électrocardiogrammes

Frais raisonnables et habituels

Fauteuil roulant, lit d'hôpital ou autres appareils thérapeutiques

Frais raisonnables et habituels

Glucomètre, dextromètre pour un assuré insulino-dépendant

1 appareil par année civile, par assuré

Honoraires d'infirmiers

10 000 \$ par année civile, par assuré

Lentilles intraoculaires (pour chirurgie de la cataracte)	Frais raisonnables et habituels
Membre ou œil artificiel, supports, corsets, bandes herniaires, plâtres, béquilles ou autres équipements orthopédiques	Frais raisonnables et habituels
Neurostimulateur transcutané	700 \$ viager, par assuré
Orthèses plantaires	300 \$ par année civile, par assuré, maximum combiné ¹
Oxygène, sang, plasma sanguin, transfusion, radiographies, échographies et analyses de laboratoire	Frais raisonnables et habituels
Pompe d'extrémité pour lymphœdème	1 500 \$ viager, par assuré
Prothèse capillaire à la suite d'une chimiothérapie	200 \$ viager, par assuré
Prothèse mammaire à la suite d'une mastectomie	1 prothèse par année civile, par assuré
Résonances magnétiques	Frais raisonnables et habituels
Soutiens-gorge chirurgicaux à la suite d'une mastectomie radicale	2 par année civile, par assuré
Substance pour les injections sclérosantes	20 \$ par visite, par assuré. Sujet à la franchise et à la coassurance des " Médicaments " .
Tomodensitométries	Frais raisonnables et habituels
Traitements spéciaux non offerts dans la province de résidence	50 000 \$ viager, par assuré
Travaux de transformation du domicile ou du véhicule	2 000 \$ viager, par assuré

Professionnels de la santé

Coassurance	75 %
Les maximums décrits ci-dessous sont des maximums de remboursement, à moins d'indication contraire.	
Acupuncteur	400 \$ par année civile, par assuré
Chiropraticien	400 \$ par année civile, par assuré
Radiographie de chiropraticien	Inclus dans le maximum pour le chiropraticien
Diététiste	400 \$ par année civile, par assuré
Massothérapeute	400 \$ par année civile, par assuré
Naturopathe	400 \$ par année civile, par assuré
Orthophoniste	400 \$ par année civile, par assuré
Ostéopathe	400 \$ par année civile, par assuré
Radiographie d'ostéopathe	Inclus dans le maximum pour l'ostéopathe
Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique	400 \$ par année civile, par assuré
Podiatre	400 \$ par année civile, par assuré
Radiographie de podiatre	Inclus dans le maximum pour le podiatre
Psychologue	400 \$ par année civile, par assuré, maximum combiné ²
Travailleur social	400 \$ par année civile, par assuré, maximum combiné ²
Prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent	24 mois suivant immédiatement le décès de l'adhérent
Droit de transformation	60 jours
Fin de l'assurance	À la retraite de l'adhérent. Assurance voyage : 75e anniversaire de l'adhérent

Assurance invalidité de longue durée

Délai de carence	105 jours consécutifs
Période maximale de prestations	Jusqu'à 65 ans
Montant de la prestation en pourcentage du salaire mensuel	66,67 %
Maximum sans preuves	3 400 \$
Maximum avec preuves	7 000 \$
Statut fiscal	Imposable
Revenus de toutes sources	80 % du salaire brut
Indexation	Oui, selon l'IPC maximum 2 %
Exonération des primes	Délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée
Fin de l'assurance	65 ans ou à la retraite de l'adhérent si antérieure

DÉFINITIONS

Pour l'interprétation du présent contrat et sauf stipulation contraire, les expressions suivantes désignent :

1. « **Accident** » : toute lésion corporelle constatée par un médecin et provenant directement de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure, et indépendamment de toute autre cause. Toute lésion corporelle à la suite d'une tentative de suicide n'est pas un accident.
2. « **Activité à caractère commercial** » (**s'applique à l'assurance annulation de voyage**) : 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 doit se tenir l'activité, et qui se veut la seule raison du voyage projeté.
3. « **Adhérent** » : un employé qui est admissible à l'assurance et qui est assuré en vertu du contrat.
4. « **Âge** » : l'âge au dernier anniversaire de naissance de la personne en cause au moment où il est calculé ou le jour où un événement prévu au contrat se produit.
5. « **Assisteur** » : Le fournisseur de services d'assurance voyage désigné par l'Assureur.
6. « **Associé en affaires** » (**s'applique à l'assurance annulation de voyage**) : la personne avec qui l'assuré est associé en affaires dans le cadre d'une compagnie de 4 coactionnaires ou moins, ou d'une société à but lucratif composée de 4 associés ou moins.
7. « **Assuré** » : un adhérent ou l'une des personnes à sa charge assuré en vertu de ce contrat.
8. « **Centre hospitalier** » : centre hospitalier au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, excluant les centres hospitaliers privés autofinancés au sens de ladite loi. En cas d'hospitalisation hors Québec, cette définition s'applique également à tout établissement reconnu et accrédité comme centre hospitalier par les autorités compétentes dont l'établissement relève, exception faite des maisons de repos, des stations thermales ou autres établissements analogues.
9. « **Centre de réadaptation** » : centre de réadaptation ou maison de convalescence légalement désignés comme tels, autorisé à donner des soins et des traitements à des personnes hospitalisées et qui doit assurer des soins infirmiers et médicaux en tout temps. Les maisons de santé, les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les foyers pour malades mentaux, les maisons de repos ou les établissements qui dispensent des soins aux alcooliques ou aux toxicomanes ne sont pas compris.

10. « **Centre de soins de longue durée** » : un établissement autorisé à donner des soins et des traitements à des personnes hospitalisées qui sont en convalescence par suite d'une blessure ou d'une maladie, et qui doit assurer des soins infirmiers et médicaux 24 heures sur 24. Les maisons de santé, les maisons de repos, les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les sanatoriums ou les établissements qui dispensent des soins aux alcooliques ou aux toxicomanes ne sont pas compris.
11. « **Compagnon de voyage** » (s'applique à l'assurance annulation 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.
12. « **Contrat** » : le présent contrat, les avenants, le cahier des charges, la soumission de l'Assureur, les ententes intervenues entre-temps, les demandes d'adhésion des adhérents et les preuves d'assurabilité requises, le cas échéant, constituent le contrat tout entier entre les parties contractantes.
13. « **Contrat antérieur** » : le ou les contrats collectifs d'assurance, en vigueur immédiatement avant l'entrée en vigueur du présent contrat, couvrant les employés de l'employeur et leurs personnes à charge, le cas échéant.
14. « **Date de mise à la retraite** » : date à laquelle un employé débute sa retraite selon le régime de retraite auquel il participe, ou selon la convention de travail en vigueur chez l'employeur ou selon la pratique en usage chez l'employeur. L'adhérent qui devient invalide avant l'âge de 65 ans est considéré retraité à compter de l'âge de 65 ans. L'adhérent qui devient invalide à l'âge de 65 ans ou après est considéré retraité après l'expiration du délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée.
15. « **Délai de carence** » : une période qui commence au début d'une période d'invalidité totale et pendant laquelle aucune prestation d'invalidité n'est payable.
16. « **Dentiste** » : toute personne membre d'une association dentaire professionnelle reconnue par l'autorité législative ayant juridiction où le dentiste exerce.
17. « **Employé** » : une personne qui est domiciliée au Canada, qui est à l'emploi de l'employeur et qui est au travail actif à plein temps, tel que décrit au *sommaire des garanties*.
18. « **Employé au travail** » : se dit d'un employé qui exécute son travail comme prévu au contrat de travail le liant à l'employeur.
19. « **Employeur** » : le Preneur du présent contrat ou tout employeur dont les employés ou une catégorie d'employés sont représentés par le Preneur du présent contrat.

20. « **Frais de voyage payés d'avance** » (s'applique à l'assurance **annulation de voyage**) : toute somme déboursée par l'assuré pour lui-même 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. Ils comprennent également une somme déboursée par l'assuré relativement à des réservations pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par l'assuré ou par une agence de voyage, de même qu'une somme déboursée par l'assuré relativement aux frais d'inscription pour une activité à caractère commercial.
21. « **Franchise** » : la partie des dépenses admissibles pour laquelle l'assuré n'a droit à aucun remboursement de la part de l'Assureur.
22. « **Hospitalisation** » : l'occupation d'une chambre dans un centre hospitalier à titre de patient alité admis, excluant toute période où l'assuré ne reçoit que des services qui pourraient être dispensés par un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation, qu'il y ait une place disponible ou non dans un tel centre.
23. « **Hôte à destination** » (s'applique à l'assurance **annulation de voyage**) : la personne dont la résidence principale doit servir de lieu d'hébergement à l'assuré selon une entente prévue à l'avance.
24. « **Invalidité totale ou totalement invalide** » : pendant le délai prévu au *sommaire des garanties* : Un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident qui empêche l'adhérent d'accomplir les tâches essentielles de son emploi habituel et qui exige des soins médicaux continus.
- Après ce délai : Un état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident qui empêche l'adhérent d'exercer tout emploi pouvant lui procurer une rémunération et pour lequel il possède des aptitudes raisonnables compte tenu de son éducation, de sa formation ou de son expérience.
- L'invalidité totale est déterminée sans égard à l'existence ou à la disponibilité d'un tel emploi.
- L'adhérent qui doit détenir un permis ou une licence émis par l'État afin d'accomplir les tâches de son emploi habituel n'est pas considéré totalement invalide du seul fait que ce permis ou cette licence lui a été retiré ou n'a pas été renouvelé.
- Une invalidité totale débutant plus de 31 jours après un accident est considérée comme résultant d'une maladie.
25. « **Maladie** » : altération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution, et comme une entité devant être définie par un médecin, y compris toute complication résultant de la grossesse.
26. « **Médecin** » : un médecin légalement autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où sont fournis les services.

27. « **Personne à charge** » : le conjoint ou l'enfant à charge d'un adhérent tel que défini ci-après.

- a) Conjoint : la personne qui, à la date de l'événement donnant droit à des prestations :
- i) est mariée ou unie civilement à l'adhérent; ou
 - ii) vit maritalement avec lui depuis un an ou depuis moins d'un an si cette personne est le parent d'un enfant de l'adhérent (« union de fait »); ou
 - iii) vit maritalement avec l'adhérent et avait déjà ainsi vécu maritalement avec cet adhérent tout au long d'une période d'au moins un an (« union de fait »).

Il est toutefois précisé que l'un des événements suivants, selon le cas, fait perdre ce statut de conjoint :

- un jugement de divorce prononcé entre l'adhérent et le conjoint dans le cas d'un mariage;
- la séparation de fait depuis au moins 90 jours dans le cas d'une union de fait;
- la dissolution de l'union civile par entente notariée ou par jugement du tribunal dans le cas d'une union civile.

Si l'adhérent a un conjoint répondant à la définition en i) et un autre conjoint répondant à la définition en ii) ou iii), l'Assureur reconnaîtra comme conjoint celui que l'adhérent lui aura désigné par avis écrit. Le conjoint doit être le même pour toutes les garanties du contrat.

- b) Enfant à charge : l'expression « enfant à charge » désigne un enfant célibataire de l'adhérent ou de son conjoint, à l'égard duquel ils exercent l'autorité parentale, ou l'exerceraient si cet enfant était mineur, et dont ils assument le soutien financier. L'enfant doit également :
- i) ne pas excéder l'âge indiqué au *sommaire des garanties* s'il n'est pas aux études à temps plein; ou
 - ii) ne pas excéder l'âge indiqué au *sommaire des garanties* s'il fréquente un établissement d'enseignement reconnu à temps plein. Dans un tel cas, l'adhérent doit fournir à l'Assureur une preuve que l'enfant est inscrit dans un tel établissement au début de chaque année scolaire; ou
 - iii) être majeur et atteint d'une invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle reconnue par les autorités compétentes de la province de résidence de l'adhérent. L'invalidité ou la déficience doit avoir débuté alors que l'enfant satisfaisait à un des critères précédents et doit avoir persisté depuis cette date. De plus, l'enfant doit résider avec l'adhérent, ou le conjoint de l'adhérent, qui exercerait l'autorité parentale à l'égard de cet enfant ou dont il serait le tuteur légal si l'enfant était mineur. Des preuves de l'invalidité ou de la déficience peuvent être requises par l'Assureur en tout temps.

La notion d'autorité parentale à l'égard d'une personne autre qu'un enfant de l'adhérent ou de son conjoint doit être confirmée par un jugement du tribunal ou par un testament valide du père ou de la mère ou par une déclaration de leur part à cet effet transmise au curateur public.

28. « **Proche parent** » : le conjoint, l'enfant, le père, la mère, le beau-père, la belle-mère, le frère, la soeur, le beau-frère, la belle-soeur, la belle-fille, le gendre, les grands-parents et petits enfants de l'assuré.
29. « **Province** » : désigne toute province ou territoire faisant partie du Canada.
30. « **Salaire** » : la rémunération brute régulière excluant les sommes reçues de l'employeur et qui ne font pas partie de la rémunération régulière de l'adhérent telles que les bonis, les paiements pour les heures supplémentaires, les honoraires, les primes de logement et de repas, les primes d'éloignement, tout paiement forfaitaire ou autre somme payable occasionnellement.

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'employé versée par l'employeur, comprenant les commissions et bonis produits sur les relevés aux fins de l'impôt de l'employé 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 revenus sera établie selon la durée de service. Si toutefois l'employé compte moins d'une année de service, le salaire désigne la rémunération habituelle de l'employé, déclaré par l'employeur.

31. « **Salaire net** » : le salaire de l'employé réduit des impôts provincial et fédéral de même que des cotisations à tout régime public de retraite, d'assurance emploi et à tout régime public d'assurance parentale, s'il y a lieu.
32. « **Voyage** » : voyage touristique, voyage d'agrément, voyage d'affaires ou activité à caractère commercial comportant une absence de l'assuré de sa province de résidence.

Aux fins de la garantie d'assurance annulation, un voyage est un voyage touristique, un voyage d'agrément, un voyage d'affaires ou une activité à caractère commercial comportant le séjour de l'assuré pour un minimum d'une (1) nuit à destination, et ce, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de sa province de résidence.

CONDITIONS D'ASSURANCE

1. Admissibilité

1.1 Tout employé est admissible à l'assurance à compter :

- a) de la date d'entrée en vigueur du présent contrat dans le cas d'un employé assuré en vertu des contrats antérieurs, conformément aux dispositions de transition;
- b) de la date où il complète le délai d'admissibilité apparaissant au *sommaire des garanties*, dans le cas de tout autre employé, à condition qu'il soit effectivement au travail actif à plein temps à cette date.

1.2 Un adhérent dont l'assurance se termine et qui reprend son travail à plein temps après une période de moins de 6 mois redevient admissible à l'assurance à la date de son retour au travail à plein temps à la condition que l'employeur avise l'Assureur dans les 31 jours de ce retour au travail.

Cependant, dans le cas d'un congé autorisé non payé ou d'une mise à pied temporaire, la période de 6 mois peut être prolongée après entente avec l'Assureur.

1.3 Toute personne à charge d'un adhérent est admissible à l'assurance soit à la même date que l'adhérent si elle est déjà une personne à charge, soit à la date où elle le devient.

2. Adhésion

2.1 Adhésion de l'employé

L'adhésion au régime est obligatoire pour tout employé qui remplit les conditions d'admissibilité. L'adhésion doit être signifiée par écrit à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours suivant la date à laquelle il remplit les conditions d'admissibilité.

Tout employé ayant présenté sa demande d'adhésion après ce délai devra présenter des preuves d'assurabilité pour toutes les garanties, à la satisfaction de l'Assureur, à l'exception de :

- la garantie d'assurance maladie lorsqu'une loi applicable dans sa province de résidence exige la participation à une telle garantie.

2.2 Adhésion des personnes à charge

L'assurance des personnes à charge est obligatoire pour les garanties d'assurance vie et maladie lorsque l'adhérent détient un statut de protection autre qu'individuel en assurance maladie. L'adhérent ayant une ou des personnes à sa charge doit alors opter pour un statut de protection correspondant à sa situation familiale et selon les statuts de protection disponibles. Il peut également choisir d'assurer les personnes à sa charge en vertu des autres garanties.

Si le statut de protection monoparental est disponible, l'adhérent peut opter pour celui-ci s'il n'a pas de conjoint tel que défini précédemment.

Dans tous les cas, l'adhérent doit soumettre une demande d'adhésion à l'Assureur dans les 31 jours suivant la date à laquelle la personne à charge devient admissible. Ce délai de 31 jours s'applique également pour toute demande de changement de statut de protection faite par l'adhérent à la suite d'un des événements suivants : le mariage ou l'union civile de l'adhérent, la naissance ou l'adoption d'un premier enfant ou la fin de l'assurance d'une personne à charge exemptée.

Si la demande d'adhésion ou de changement est remplie après l'expiration de ce délai de 31 jours, l'adhérent doit fournir, à ses frais, des preuves d'assurabilité, à la satisfaction de l'Assureur, pour les personnes à sa charge pour toutes les garanties, à l'exception de :

- la garantie d'assurance maladie lorsqu'une loi applicable dans sa province de résidence exige la participation à une telle garantie.

De plus, l'Assureur se réserve le droit de refuser d'assurer une personne de la famille à la suite de l'examen des preuves d'assurabilité.

2.3 Droit d'exemption

Garantie d'assurance maladie

Un employé ou les personnes à sa charge peuvent, sur transmission d'un préavis écrit à l'employeur, refuser d'adhérer ou cesser de participer à l'assurance, à la condition qu'ils attestent, à la satisfaction de l'Assureur, qu'ils sont assurés en vertu d'un contrat collectif d'assurance comportant des protections similaires.

L'employé qui a refusé d'adhérer ou cessé de participer à l'assurance peut ou doit, selon que la participation est facultative ou obligatoire, y adhérer ou reprendre sa participation sans avoir à présenter de preuves d'assurabilité en établissant à la satisfaction de l'Assureur :

- a) qu'antérieurement, il était assuré en vertu du présent contrat comme personne à charge ou en vertu de tout autre contrat collectif d'assurance comportant une protection similaire;
- b) qu'il ne peut plus être assuré en vertu de l'autre contrat;
- c) qu'il présente sa demande avant l'expiration d'un délai de 31 jours suivant la fin de son assurance.

3. Date d'entrée en vigueur de l'assurance

Sous réserve des dispositions des présentes, la date d'entrée en vigueur de l'assurance est déterminée comme suit :

3.1 Pour les garanties d'assurance vie et d'assurance invalidité de longue durée

Tout employé devient assuré en vertu de cette garantie à la dernière des dates suivantes :

- la date d'entrée en vigueur du présent contrat;
- la date à laquelle il devient admissible;
- la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur, le cas échéant.

Toutefois, pour un employé invalide à la date d'entrée en vigueur du contrat qui est exonéré du paiement des primes en vertu du contrat antérieur, l'assurance débute à la date de son retour au travail. Dans le cas d'un employé invalide qui n'a pas encore satisfait le délai de carence pour être exonéré du paiement des primes sous le contrat antérieur, l'assurance débute à la date d'entrée en vigueur du contrat. À l'expiration du délai de carence, l'assurance est suspendue jusqu'à son retour au travail.

3.2 Pour la garantie d'assurance maladie

Tout employé devient assuré en vertu de cette garantie à la dernière des dates suivantes :

- la date d'entrée en vigueur du présent contrat;
- la date à laquelle il devient admissible;
- la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'Assureur (applicable pour tous les résidents des provinces canadiennes autres que le Québec).

3.3 L'assurance des personnes à charge entre en vigueur à la dernière des dates suivantes :

- La date d'entrée en vigueur du présent contrat.
- La date à laquelle les personnes à charge deviennent admissibles.
- La date à laquelle l'employé remplit la demande d'adhésion pour les personnes à sa charge.
- La date à laquelle l'Assureur accepte les preuves d'assurabilité requises, le cas échéant.

En aucun temps, l'assurance des personnes à charge ne peut entrer en vigueur avant celle de l'employé.

4. Dispositions transitoires

- 4.1 Pour tout adhérent assuré seul ou avec ses personnes à charge en vertu du contrat antérieur, l'Assureur garantit le lien entre le présent contrat et le contrat antérieur conformément à toute loi ou à tout règlement d'application sur les assurances, l'adhérent et ses personnes à charge, le cas échéant, ne devant subir aucun préjudice dû au changement de contrat, que l'adhérent soit au travail ou non.

Ainsi, tout adhérent ou toute personne à charge assurée aux termes du contrat antérieur ne peut voir son adhésion refusée ni être privé de prestations uniquement en raison d'une exclusion pour cause d'antécédents médicaux qui a été inopérante ou qui n'était pas prévue dans le contrat antérieur ou parce que l'adhérent n'est pas activement au travail à la date de l'entrée en vigueur du nouveau contrat;

Également, tout adhérent ou toute personne à charge assurée en vertu du contrat antérieur est couvert de plein droit par le présent contrat à compter de la résiliation du contrat antérieur si la cessation de son assurance n'est attribuable qu'à cette résiliation et que l'adhérent appartient à une catégorie d'adhérents couverts par le présent contrat.

- 4.2 Dans le cas d'un adhérent qui, antérieurement à sa demande d'adhésion, était assuré en vertu d'un contrat antérieur, l'Assureur n'est pas responsable du paiement de prestations qui pourraient être dues par l'assureur précédent en vertu d'une clause de prolongation, de récurrence d'invalidité, sous réserve de toute loi applicable, d'exonération ou de transformation ou autrement.

5. Modification des prestations

Toute augmentation du montant d'assurance d'un adhérent entre en vigueur à la dernière des dates suivantes :

- le jour de prise d'effet du changement de salaire;
- le jour où une entente à cet effet est intervenue;
- la date d'acceptation par l'Assureur des preuves d'assurabilité, le cas échéant;
- le jour de retour au travail actif à plein temps de l'adhérent si celui-ci n'est pas au travail en raison d'une invalidité à l'une ou l'autre des dates ci-dessus.

6. Continuation de l'assurance en cas d'interruption de travail

6.1 Congé de maternité, parental, de paternité ou d'adoption

Un adhérent qui cesse d'être au travail actif à plein temps en raison d'un congé de maternité, parental, de paternité ou d'adoption doit maintenir la garantie d'assurance maladie en vigueur lorsque la participation est requise par la loi applicable dans la province de résidence. L'adhérent peut également maintenir toutes les autres garanties en vigueur. Il doit faire une demande écrite à l'Assureur pour les garanties qu'il désire conserver avant l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la date du début de ce congé en payant la prime totale excluant la part de l'employeur, ce dernier continuant à payer sa part.

Cependant, les garanties ne peuvent pas être maintenues en vigueur au-delà de la période maximale indiquée au *sommaire des garanties*. Dans certaines situations, la loi peut prévaloir sur la présente clause et obliger l'employeur à verser sa part de prime et permettre de prolonger cette période maximale.

Dans le cas où une garantie d'assurance invalidité est maintenue en vigueur, le délai de carence, pour une invalidité qui survient au cours d'une période où l'adhérent ne reçoit pas de prestations de l'assurance-emploi en raison de grossesse, débute à compter de la date prévue de retour au travail et le paiement de la prestation d'invalidité, le cas échéant, ne débute qu'à l'expiration de ce délai. Dans le cas où aucune garantie d'assurance invalidité n'est maintenue en vigueur par l'adhérent, la remise en vigueur s'effectue lors du retour au travail actif à plein temps de l'adhérent.

6.2 Congé autorisé non payé

Un adhérent qui cesse d'être au travail actif à plein temps en raison d'un congé autorisé non payé doit maintenir la garantie d'assurance maladie en vigueur lorsque la participation est requise par la loi applicable dans la province de résidence. L'adhérent peut également maintenir toutes les autres garanties en vigueur. Il doit faire une demande écrite à l'Assureur pour les garanties qu'il désire conserver avant l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la date du début de ce congé en payant la prime totale excluant la part de l'employeur, ce dernier continuant à payer sa part.

Cependant, les garanties ne peuvent pas être maintenues en vigueur au-delà de la période maximale indiquée au *sommaire des garanties*. Dans certaines situations, la loi peut prévaloir sur la présente clause et obliger l'employeur à verser sa part de prime et permettre de prolonger cette période maximale.

Dans le cas où une garantie d'assurance invalidité est maintenue en vigueur, le délai de carence pour une invalidité qui survient au cours de cette période débute à compter de la date prévue de retour au travail et le paiement de la prestation d'invalidité, le cas échéant, ne débute qu'à l'expiration de ce délai. Dans le cas où aucune garantie d'assurance invalidité n'est maintenue en vigueur par l'adhérent, la remise en vigueur s'effectue automatiquement lors du retour au travail actif à plein temps de l'adhérent.

6.3 Mise à pied temporaire

Un adhérent qui cesse d'être au travail actif à plein temps en raison d'une mise à pied temporaire doit maintenir la garantie d'assurance maladie en vigueur lorsque la participation est requise par la loi applicable dans la province de résidence. L'adhérent peut également maintenir toutes les autres garanties en vigueur. Il doit faire une demande écrite à l'Assureur pour les garanties qu'il désire conserver avant l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la date du début de ce congé en payant la prime totale excluant la part de l'employeur, ce dernier continuant à payer sa part.

Cependant, les garanties ne peuvent pas être maintenues en vigueur au-delà de la période maximale indiquée au *sommaire des garanties*.

Dans le cas où une garantie d'assurance invalidité est maintenue en vigueur, le délai de carence pour une invalidité qui survient au cours de cette période débute à compter de la date prévue de retour au travail et le paiement de la prestation d'invalidité, le cas échéant, ne débute qu'à l'expiration de ce délai. Dans le cas où aucune garantie d'assurance invalidité n'est maintenue en vigueur par l'adhérent, la remise en vigueur s'effectue automatiquement lors du retour au travail actif à plein temps de l'adhérent.

Une mise à pied temporaire signifie une absence d'une durée déterminée et durant laquelle l'adhérent est toujours considéré comme un employé par l'employeur.

6.4 Congédiement ou suspension

Lorsqu'un adhérent est congédié ou suspendu et qu'il conteste son congédiement ou sa suspension par voie de grief ou de recours à l'arbitrage en vertu de toutes lois applicables, il est réputé avoir été assuré sans interruption au cours de la période en cause si la décision rendue par l'arbitrage ou le tribunal compétent le rétablit dans ses droits et obligations d'employé. Les primes impayées, le cas échéant, sont alors payables dans les 31 jours qui suivent la date de décision finale de l'arbitre ou du tribunal.

6.5 Grève ou lock-out

En cas de grève ou lock-out, la garantie d'assurance maladie est maintenue en vigueur, avec paiement de primes, pour une période de 30 jours. Par la suite, la garantie d'assurance maladie peut être maintenue en vigueur moyennant le paiement des primes requises. De plus, toutes les autres garanties sont maintenues en vigueur moyennant le paiement des primes requises en autant que la garantie d'assurance maladie soit maintenue.

Dans le cas où une garantie d'assurance invalidité est maintenue en vigueur par le Preneur, une invalidité totale débutant durant la grève ou le lock-out est considérée comme ayant débuté à la date de retour au travail suivant la fin de la grève ou du lock-out et pendant cette période aucune prestation d'invalidité n'est payable.

Dans le cas où aucune garantie d'assurance invalidité n'est maintenue en vigueur par le Preneur, la remise en vigueur s'effectue automatiquement lors du retour au travail actif à plein temps de l'adhérent.

7. Avis et preuves d'invalidité

Lorsqu'un adhérent devient invalide tel que défini aux présentes, il doit faire parvenir, au siège social de l'Assureur, un avis avant l'expiration d'un délai de 30 jours du début de l'invalidité. De même, il devra fournir des preuves écrites de la maladie ou de l'accident dont il a été victime et de son invalidité avant l'expiration d'un délai de 90 jours du début de l'invalidité.

Les délais mentionnés sont de rigueur. Toutefois, s'il ne s'est pas écoulé plus de 12 mois depuis l'expiration des délais pour la présentation des preuves écrites, et que l'adhérent prouve à la satisfaction de l'Assureur qu'il a été dans l'impossibilité d'agir plus tôt et dans ce cas seulement, l'adhérent ne perd pas le droit aux protections stipulées aux présentes.

Par la suite, un formulaire de demande de prolongation de l'assurance invalidité et tout autre document jugé pertinent doivent être soumis à chaque fois que l'Assureur l'exige. L'Assureur peut exiger que l'adhérent subisse un examen médical.

Le fait pour un adhérent de ne pas fournir le formulaire, ou de ne pas se soumettre à un examen médical dans les 31 jours de la demande écrite de l'Assureur, prive cet adhérent du droit de se prévaloir de tout privilège octroyé en vertu du présent contrat jusqu'à la date de la réception par l'Assureur de ces renseignements ou jusqu'à ce que l'adhérent subisse l'examen médical demandé.

GARANTIE D'ASSURANCE VIE

1. Garantie d'assurance vie de base de l'adhérent

1.1 Montant de la prestation

Au décès d'un adhérent alors que cette garantie est en vigueur, l'Assureur paie au bénéficiaire une indemnité indiquée *sommaire des garanties* sujette toutefois aux maximums et réductions prévus audit *sommaire*.

1.2 Exonération des primes en cas d'invalidité totale

Si avant l'âge de 65 ans, un adhérent est atteint d'invalidité totale alors que cette garantie est en vigueur, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration du délai indiqué au *sommaire des garanties*, et ce, tant que dure l'invalidité totale.

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

- a) la fin de l'invalidité totale;
- b) la date du 65e anniversaire de naissance de l'adhérent;
- c) la date de mise à la retraite de l'adhérent.

2. Garantie d'assurance vie de base des personnes à charge

2.1 Montant de la prestation

Le montant payable au décès d'une personne à charge assurée est égal au montant indiqué au *sommaire des garanties*.

2.2 Exonération des primes en cas d'invalidité totale

Lorsqu'il y a exonération des primes de la garantie d'assurance vie de base d'un adhérent en cas d'invalidité totale, l'exonération s'applique également à la présente garantie aux mêmes conditions.

3. Garantie d'assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles de base

3.1 Montant de la prestation

Si un adhérent subit, par suite d'un accident survenu alors que cette garantie est en vigueur et au cours des 365 jours qui suivent la date de cet accident, l'une des pertes énumérées au tableau ci-dessous, l'Assureur paie pour la perte subie une indemnité égale au pourcentage indiqué ci-après du montant d'assurance vie de base payable au décès de l'adhérent.

L'indemnité pour un même accident ou pour plus d'un accident survenant au cours d'une seule et même période de 365 jours est limitée à 100 % du montant d'assurance payable en vertu de cette garantie. Cependant, dans le cas de paraplégie, quadriplégie ou hémip légie, l'indemnité est alors limitée à 200 % du montant d'assurance vie.

Perte	Pourcentage
paraplégie, quadriplégie ou hémip légie	200 %
de la vie	100 %
de la vue des deux yeux	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
d'une main ou d'un pied et de la vue d'un oeil	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'une main ou d'un pied	50 %
de la parole ou de l'ouïe ou de la vue d'un oeil	50 %
du pouce et de l'index de la même main	25 %

La perte d'une main ou d'un pied signifie soit la perte d'usage totale et définitive, soit la séparation complète à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus.

La perte de la vision d'un oeil, la perte de l'ouïe ou de la parole signifie la perte totale et irrémédiable de la vue de cet oeil, de l'ouïe ou de la parole à laquelle aucune intervention chirurgicale ne pourrait remédier.

La perte du pouce et de l'index de la même main signifie la séparation complète à la jointure entre le doigt et la main.

Par quadriplégie, on entend la paralysie complète et irrémédiable des 2 membres supérieurs et des 2 membres inférieurs, certifiée par un médecin et persistant pour une période continue d'au moins 365 jours avant que le capital assuré ne devienne payable.

Par paraplégie, on entend la paralysie complète et irrémédiable des 2 membres inférieurs, certifiée par un médecin et persistant pour une période continue d'au moins 365 jours avant que le capital assuré ne devienne payable.

Par hémiplégie, on entend la paralysie complète et irrémédiable du membre supérieur et du membre inférieur du même côté du corps, certifiée par un médecin et persistant pour une période continue d'au moins 365 jours avant que le capital assuré ne devienne payable.

L'indemnité en cas de mort accidentelle ou de mutilation est accordée sur une base de 4 heures par jour que l'assuré soit au travail ou non.

Avant d'accorder ladite prestation, l'Assureur a le droit de faire examiner l'assuré ou le corps et demander, le cas échéant, qu'une autopsie soit pratiquée, à moins que la loi ne s'y oppose.

3.2 Prestations supplémentaires

Les prestations suivantes peuvent être payables en supplément du montant de la prestation versé pour une des pertes prévues au tableau des pertes.

3.2.1 Réadaptation

Si l'adhérent subit une perte pour laquelle une prestation est payable en vertu de la présente garantie, il peut avoir droit à des prestations de réadaptation, lesquelles sont sujettes à un remboursement maximal de 10 000 \$ par accident. L'adhérent doit faire une demande écrite à l'Assureur pour obtenir le remboursement des frais relatifs à un programme de réadaptation approuvé par l'Assureur. Les prestations sont payables à condition que :

- a) la perte rende l'adhérent incapable d'accomplir les principales fonctions de son emploi régulier;
- b) la perte force l'adhérent à entreprendre une formation afin de pouvoir exercer un emploi autre que son emploi régulier;
- c) les frais soient engagés dans les 3 ans suivant la date de l'accident et soient jugés nécessaires et raisonnables par l'Assureur.

3.2.2 Formation professionnelle du conjoint

Si l'adhérent décède à la suite d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie, son conjoint peut avoir droit à des prestations supplémentaires pour entreprendre une formation professionnelle. Les prestations sont sujettes à un remboursement maximal de 10 000 \$. Le conjoint doit faire une demande écrite à l'Assureur pour couvrir les frais engagés dans le cadre d'un programme de formation professionnelle qui doit être reconnu par les autorités gouvernementales compétentes et être approuvé par l'Assureur. Ce programme doit permettre au conjoint d'exercer un emploi qu'il n'aurait pu occuper autrement.

Les frais doivent être engagés dans les 3 ans suivant la date du décès et être jugés nécessaires et raisonnables par l'Assureur.

3.2.3 **Scolarité du conjoint et des enfants**

Si l'adhérent décède à la suite d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie, son conjoint et ses enfants assurés peuvent avoir droit à des prestations pour les frais de scolarité. Les prestations sont sujettes à un remboursement maximal de 5 000 \$ par année scolaire pour l'ensemble des frais engagés par le conjoint et les enfants. Les prestations sont payables pour une période maximale de 4 années consécutives.

Le conjoint doit faire une demande écrite à l'Assureur pour obtenir le paiement des frais de scolarité annuels et des manuels scolaires permettant au conjoint et aux enfants de poursuivre leurs études à temps plein dans un établissement d'enseignement postsecondaire. Les prestations sont payables à condition que :

- a) l'assuré soit inscrit comme étudiant à temps plein dans un établissement postsecondaire au moment du décès de l'adhérent. Si tel n'est pas le cas, il doit s'inscrire comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement postsecondaire dans les 365 jours suivant le décès de l'adhérent;
- b) l'assuré fournisse une preuve à l'Assureur au début de chaque année scolaire pour attester de son statut d'étudiant à temps plein.

3.2.4 **Transport et hébergement des membres de la famille lors de l'hospitalisation de l'adhérent**

Si l'adhérent est hospitalisé à la suite d'une perte pour laquelle une prestation est payable en vertu de la présente garantie, il peut avoir droit à des prestations pour le transport et l'hébergement de membres de sa famille. Les prestations sont sujettes à un remboursement maximal de 10 000 \$ pour l'ensemble des membres de la famille de l'adhérent. La demande écrite de remboursement des frais de transport et d'hébergement qu'engagent les membres de la famille de l'adhérent pour le visiter pendant son hospitalisation doit être transmise à l'Assureur. Les prestations sont payables à condition que :

- a) le transport soit effectué par le chemin le plus direct vers l'hôpital;
- b) l'hôpital soit situé à au moins 150 km de la résidence de l'adhérent;
- c) l'adhérent soit sous les soins d'un médecin;
- d) les frais soient jugés nécessaires et raisonnables par l'Assureur.

3.2.5 **Rapatriement du défunt**

Si l'adhérent décède à la suite d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie et que le décès survienne à plus de 50 km du lieu de résidence de l'adhérent, les personnes ayant engagé les frais décrits ci-après peuvent en demander le remboursement en transmettant une demande écrite à l'Assureur. Les prestations sont sujettes à un remboursement maximal de 10 000 \$ et doivent être jugés nécessaires et raisonnables par l'Assureur.

- a) les frais de préparation du corps de l'adhérent avant son transport;
- b) les frais de transport du corps de l'adhérent à son lieu de repos, y compris au salon funéraire, à proximité de son lieu de résidence.

3.2.6 **Transformation du domicile et du véhicule automobile de l'adhérent**

Si l'adhérent doit utiliser un fauteuil roulant de façon permanente à la suite d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie, l'adhérent peut avoir le droit à des prestations pour la transformation de son domicile et de son véhicule automobile. Les prestations sont sujettes à un remboursement maximal de 10 000 \$. L'adhérent doit faire une demande écrite à l'Assureur pour obtenir le remboursement des frais suivants :

- a) les frais de transformation de sa résidence principale pour qu'elle devienne accessible et habitable en fauteuil roulant;
- b) les frais de transformation de son véhicule automobile afin que l'adhérent puisse y accéder en fauteuil roulant et le conduire lui-même.

Les frais doivent être engagés dans les 365 jours suivant la date de l'accident et être jugés nécessaires et raisonnables par l'Assureur.

La transformation du domicile ou du véhicule automobile doit être effectuée par des personnes ou des entreprises spécialisées dans le domaine. Ces personnes ou entreprises doivent avoir été recommandées par écrit par un organisme reconnu fournissant un soutien aux personnes se déplaçant à l'aide d'un fauteuil roulant. De plus, la transformation du véhicule automobile doit être approuvée par les autorités provinciales compétentes.

3.2.7 **Accident impliquant un véhicule moteur**

Si l'adhérent subit une perte à la suite d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie et que cet accident est survenu alors que l'adhérent conduisait ou occupait un véhicule moteur, il peut recevoir des prestations supplémentaires correspondant à 10 % du montant de prestation prévu au tableau des pertes de la présente garantie. Les prestations sont payables à condition que :

- a) le conducteur conduisait prudemment au moment de l'accident;
- b) la ceinture de sécurité de l'adhérent était convenablement attachée au moment de l'accident;
- c) le permis de conduire du conducteur du véhicule moteur était en règle au moment de l'accident.

3.2.8 Garderie

Si l'adhérent décède à la suite d'un accident pour lequel une prestation est payable en vertu de la présente garantie et que ses enfants fréquentent alors une garderie ou un service de garde en milieu scolaire, ou qu'ils y sont inscrits dans les 365 jours suivant le décès de l'adhérent, la personne qui engage les frais de garde peut avoir droit à des prestations supplémentaires. Une demande écrite doit être transmise à l'Assureur et doit être accompagnée des reçus émis pour les frais de garde. De plus, les frais doivent être jugés nécessaires et raisonnables par l'Assureur.

Les prestations sont sujettes à un remboursement maximal de 5 000 \$ par enfant, par année civile, et sont payables pour une période maximale de 4 années consécutives et seulement pour les enfants de moins de 13 ans. Le remboursement des frais est basé sur les montants indiqués sur les reçus pour frais de garde.

3.3 Exonération des primes en cas d'invalidité totale

Si avant l'âge de 65 ans, un adhérent est atteint d'invalidité totale alors que cette garantie est en vigueur, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration du délai indiqué au *sommaire des garanties*, et ce, tant que dure l'invalidité totale.

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

- a) la fin de l'invalidité totale;
- b) la date du 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent;
- c) la date de mise à la retraite de l'adhérent;
- d) la date de la fin du contrat ou de la garantie.

3.4 Exclusions et réduction de la garantie

Cette garantie ne s'applique pas et aucune indemnité n'est payable à l'assuré si la perte subie survient dans les cas suivants :

- 3.4.1 alors qu'il exerce toute fonction de l'équipage d'un aéronef ou qu'il exerce une fonction quelconque se rapportant au vol;
- 3.4.2 en raison d'une guerre déclarée ou non ou de sa participation à une insurrection réelle ou appréhendée;
- 3.4.3 en raison 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;

- 3.4.4 lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel, y compris le fait de conduire un véhicule, bateau ou aéronef avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident;
- 3.4.5 pour une condition survenue alors que l'assuré est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
- 3.4.6 pendant que l'assurance sur la vie de l'adhérent est prolongée sans paiement de prime par suite d'invalidité totale si l'exonération des primes en cas d'invalidité totale pour cette garantie n'est pas retenue au *sommaire des garanties*;
- 3.4.7 en raison d'une maladie se manifestant lors d'un accident, mais ne résultant pas de cet accident;
- 3.4.8 à la suite d'un traitement médical ou dentaire, d'une intervention chirurgicale ou d'une anesthésie;

5. Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale

Un adhérent invalide âgé de moins de 63 ans, dont l'espérance de vie est d'au plus 12 mois et qui bénéficie de la clause « Exonération des primes en cas d'invalidité totale », peut obtenir le paiement d'une prestation anticipée en présentant une demande écrite à l'Assureur, accompagnée des preuves médicales appropriées et de l'acceptation écrite du bénéficiaire si celui-ci est désigné irrévocable.

La somme des montants versés en vertu du présent article est limitée au pourcentage indiqué au *sommaire des garanties* du montant d'assurance vie de base de l'adhérent, sans excéder le maximum indiqué au *sommaire des garanties*.

Le montant d'assurance vie servant à calculer la prestation exclut tout montant ou toute fraction de montant prenant fin selon les dispositions du contrat au cours des 24 mois suivant la date de la demande et ne pouvant être remplacé par une autre garantie.

Lors du décès de l'adhérent, le montant payable par l'Assureur est réduit du montant payé à titre de prestation anticipée, accumulé avec intérêt. Le taux d'intérêt utilisé pour calculer le paiement final dans une année donnée correspond au taux des obligations du Canada 5-10 ans tel que publié dans la revue mensuelle de la Banque du Canada (série V121757) au 31 décembre précédent arrondi au ¼ de 1 % supérieur.

L'Assureur n'assume aucune responsabilité quant au traitement fiscal de la prestation.

De plus, les dispositions prévues au présent article cessent à la terminaison du contrat, même pour les adhérents exonérés du paiement des primes.

6. Bénéficiaire

Sous réserve des dispositions de la loi, tout adhérent peut désigner un bénéficiaire ou changer le bénéficiaire déjà désigné sur déclaration écrite et déposée au siège social de l'Assureur. L'Assureur n'est pas responsable de la validité de tout changement de bénéficiaire. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier. Si, au moment du décès de l'adhérent, ce dernier n'a pas désigné de bénéficiaire par écrit, le montant d'assurance fait partie du patrimoine de l'adhérent. Lors d'un transfert d'assureur, la désignation de bénéficiaire faite en vertu du contrat qui prend fin est automatiquement reconduite en vertu du nouveau contrat, à moins que l'adhérent ne modifie cette désignation lors de son adhésion au nouveau contrat.

7. Paiement de l'assurance

Les prestations sont basées sur le montant d'assurance en vigueur au moment du décès ou de la mutilation de l'adhérent ou de la personne à charge assurée. En cas de mutilation de l'adhérent, les prestations sont payables à l'adhérent. Advenant le décès ou la mutilation du conjoint d'un adhérent ou de l'un de ses enfants à charge, les prestations sont payables à l'adhérent.

Le réclamant doit fournir les preuves requises par l'Assureur, pour établir, outre les droits du réclamant, le décès de l'assuré et sa cause, ainsi que l'exactitude de la date de naissance déclarée par l'adhérent. Le paiement n'est effectué que si l'assurance est en vigueur à la date du décès.

8. Fin de l'assurance

8.1 La garantie d'assurance vie de tout adhérent se termine à la première des dates suivantes :

8.1.1 la date de la fin du contrat, sous réserve des dispositions relatives à « l'Exonération des primes en cas d'invalidité totale »;

8.1.2 la date à laquelle l'adhérent termine son emploi, sous réserve des dispositions relatives au « Droit de transformation applicable à la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent et à la garantie d'assurance vie de base des personnes à charge »;

8.1.3 la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des dispositions relatives à « l'Exonération des primes en cas d'invalidité totale » ainsi qu'au « Droit de transformation applicable à la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent et à la garantie d'assurance vie de base des personnes à charge »; et sous réserve de tout délai de grâce prévu par la loi de la compétence provinciale concernée;

8.1.4 la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de terminaison prévu au *sommaire des garanties* pour la garantie concernée;

- 8.1.5 la date de mise à la retraite de l'adhérent;
 - 8.1.6 la date de son 65^e anniversaire de naissance pour un adhérent devenu invalide avant l'âge de 65 ans;
 - 8.1.7 la date de terminaison du délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée, pour un adhérent devenu invalide à l'âge de 65 ans ou après et qui n'est pas de retour au travail à plein temps;
- 8.2 L'assurance des personnes à charge se termine à la première des dates suivantes :
- 8.2.1 la date de la fin de l'assurance de l'adhérent, sous réserve des dispositions relatives au « Droit de transformation applicable à la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent et à la garantie d'assurance vie de base des personnes à charge »;
 - 8.2.2 la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge;
 - 8.2.3 la date indiquée au *sommaire des garanties*.

9. **Droit de transformation applicable à la garantie d'assurance vie de base de l'adhérent et à la garantie d'assurance vie de base des personnes à charge**

9.1 En cas de fin d'appartenance au groupe

Tout adhérent qui cesse de faire partie du groupe d'assurés avant l'âge de 65 ans a le droit de transformer en tout ou en partie sa protection d'assurance sur la vie ou, le cas échéant, celle de ses personnes à sa charge, en une assurance individuelle sur la vie, sans avoir à justifier de son assurabilité ou de celle de ses personnes à charge.

Le montant minimal d'assurance sur la vie de l'adhérent qui peut être transformé est 10 000 \$. De plus, le montant pouvant être transformé ne peut excéder le moindre des montants suivants :

- la totalité des montants de protection d'assurance sur la vie que l'adhérent détenait en vertu du présent contrat à la date de la transformation, ou
- 400 000 \$ pour les adhérents résidant au Québec; 200 000 \$ pour les adhérents résidant à l'extérieur du Québec.

De plus, chaque personne à charge qui bénéficie d'un montant de protection d'assurance vie d'au moins 5 000 \$ en vertu du présent contrat peut exercer son droit de transformation. Le montant pouvant être transformé ne peut excéder le moindre des montants suivants :

- l'ensemble des protections d'assurance sur la vie de chacune des personnes à charge en vertu du présent contrat à la date de la transformation, ou

- 400 000 \$ pour les assurés résidant au Québec; 200 000 \$ pour les assurés résidant à l'extérieur du Québec.

Ce droit peut être exercé par l'adhérent en faisant une demande écrite à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la date où l'adhérent cesse de faire partie du groupe d'assurés. La protection offerte par le présent contrat demeure en vigueur jusqu'au jour de sa transformation en une assurance individuelle, sans toutefois excéder le délai de 31 jours mentionné précédemment. Une diminution du montant d'assurance en raison de l'âge ou d'un changement de catégorie d'assurés n'ouvre pas droit à la transformation.

9.2 À l'échéance du contrat

L'adhérent assuré depuis au moins 5 ans et qui bénéficie d'un montant de protection d'assurance vie d'au moins 10 000 \$, a le droit de transformer, en tout ou en partie, sa protection d'assurance sur la vie en une assurance individuelle sur sa vie dans les 31 jours de l'échéance du présent contrat s'il n'est pas remplacé ou si le contrat de remplacement prévoit un montant d'assurance moindre.

Le montant d'assurance pouvant être transformé est d'au moins 10 000 \$ ou 25 % du montant d'assurance sur la vie de l'adhérent à l'échéance du contrat, selon le plus élevé des deux.

Ce droit peut être exercé par l'adhérent en faisant une demande écrite à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours qui suit la date de l'échéance du présent contrat, sans avoir à justifier de son assurabilité. Une diminution du montant d'assurance en raison de l'âge ou d'un changement de catégorie d'assurés n'ouvre pas droit à la transformation.

9.3 Protections disponibles lors de la transformation

L'adhérent qui exerce son droit de transformation conformément aux dispositions précédentes a la possibilité d'obtenir une police d'assurance vie individuelle permanente ou temporaire, sans garantie accessoire, d'un genre alors émis par l'Assureur dans ces circonstances et conforme au Règlement d'application de la Loi sur les assurances.

Les primes applicables aux produits d'assurance individuelle offerts lors de l'exercice du droit de transformation sont établies selon les modalités prévues au Règlement d'application de la Loi sur les assurances.

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE

Seuls les frais indiqués au *sommaire des garanties* sont admissibles à un remboursement en vertu de la garantie d'assurance maladie, selon les modalités décrites à ce même *sommaire*.

Pour être admissibles, les frais doivent être raisonnables, conformes aux tarifs usuels de la région dans laquelle ils sont engagés et justifiés par la gravité du cas et la pratique courante de la médecine.

1. Modalités de remboursement

1.1 Service de paiement automatisé

L'adhérent peut utiliser sa carte de services pour l'achat de médicaments.

1.2 Franchise annuelle

Veillez consulter le *sommaire des garanties* pour connaître la franchise applicable.

Pour la première année d'assurance, la franchise est proportionnelle au nombre de mois entre la date d'entrée en vigueur et la fin de l'année civile, à moins d'entente différente entre l'Assureur et le Preneur.

1.3 Report de franchise

Lorsque les frais admissibles, supportés au cours des 3 derniers mois de l'année civile, sont insuffisants pour satisfaire la franchise, ces frais sont reportés pour réduire la franchise de l'année suivante.

2. Hospitalisation

Les frais d'hospitalisation engagés au Canada et excédant les frais payables par les régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie, jusqu'à concurrence du coût prévu au *sommaire des garanties*, sans limite quant au nombre de jours, pourvu que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance.

3. Frais de séjour dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée

Les frais d'occupation d'une chambre dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée reconnu comme tel par les autorités compétentes de la province où est situé l'établissement ou dans un centre hospitalier si l'assuré reçoit des soins de longue durée, et excédant les frais payables par tout régime public d'assurance maladie, jusqu'à concurrence du coût prévu au *sommaire des garanties*, pourvu que l'occupation ait débuté en cours d'assurance. Cependant, ces frais sont limités au nombre de jours indiqué au *sommaire des garanties*.

4. Assurance voyage

Les frais usuels et raisonnables et les services décrits ci-après sont admissibles s'ils sont engagés par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie survenu alors que l'assuré est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et à la condition que l'assuré soit couvert par les régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de sa province de résidence.

Pour être considéré temporairement à l'extérieur de sa province de résidence, le séjour ne doit pas excéder la période prévue au *sommaire des garanties*; ce séjour peut être prolongé au-delà de cette période pourvu qu'il le soit en raison de la maladie ou de l'accident survenu au cours de ladite période et que le retour dans sa province de résidence soit impossible pour des raisons médicales justifiables.

Les prestations sont accordées en supplément et non en remplacement des prestations prévues par les programmes gouvernementaux.

Le remboursement maximal par assuré est indiqué au *sommaire des garanties*.

EXCLUSION ET RÉDUCTION

Pour être couvert par la présente garantie, un assuré souffrant d'une maladie ou d'une affection connue doit s'assurer avant son départ que cette maladie ou cette affection est stable et sous contrôle, qu'il peut effectuer ses activités quotidiennes régulières et qu'il ne présente aucun symptôme pouvant raisonnablement laisser présager qu'il puisse présenter des complications ou requérir des soins médicaux pendant la durée du séjour prévu à l'extérieur de sa province de résidence.

Une maladie ou une affection est considérée stable lorsqu'il y a absence :

- d'aggravation;
- de rechute ou de récurrence;
- de diagnostic de phase terminale d'évolution;
- de chronicité pouvant entraîner des risques de dégradation ou des complications pendant le séjour prévu à l'extérieur de la province de résidence.

L'assuré qui présente une maladie ou une affection connue, qui est incertain quant à son état de santé ou qui est dans l'attente d'un diagnostic, doit communiquer avec l'Assisteur au moins 15 jours avant le départ pour obtenir une confirmation de la couverture d'assurance en vertu de la présente garantie.

4.1 Frais admissibles

4.1.1 Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

- a) Les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée ou privée, excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables par les régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré.
- b) Les frais inhérents (téléphone, télévision, stationnement, etc.) à une hospitalisation, sur présentation de pièces justificatives, jusqu'à un maximum de 100 \$ par hospitalisation.
- c) Les honoraires professionnels de médecin pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des honoraires pour des soins dentaires; les frais engagés sont payables uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables en vertu des régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré.
- d) Le coût des médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin dans le cadre d'un traitement d'urgence.
- e) Les honoraires d'un infirmier diplômé membre en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative pour des soins infirmiers privés, donnés exclusivement au centre hospitalier, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires et prescrits par le médecin traitant jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 3 000 \$. L'infirmier ne doit cependant avoir aucun lien de parenté avec l'assuré, ni être un compagnon de voyage.
- f) La location d'équipement thérapeutique et l'achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques, lorsque prescrits par le médecin traitant.
- g) Les honoraires professionnels d'un chirurgien dentiste pour des lésions accidentelles aux dents naturelles, saines et vivantes, pour un accident qui est survenu en dehors de la province de résidence de l'assuré, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par accident. Les frais couverts doivent être engagés dans les 12 mois suivant l'accident.

4.1.2 Frais de transport

- a) Les frais de transport par ambulance terrestre ou aérienne pour conduire l'assuré jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Ce service comprend également le transfert entre centres hospitaliers lorsque le médecin traitant et l'Assisteur estiment que les installations existantes sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition.

- b) Les frais de rapatriement de l'assuré à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'il puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé. Si son état l'exige, l'Assisteur envoie une escorte médicale sur place pour accompagner l'assuré pendant le rapatriement. Le rapatriement doit être approuvé et planifié par l'Assisteur.
- c) Lorsque l'assuré est rapatrié ou transporté, l'Assisteur organise et paie les frais pour le retour, selon le cas, de son conjoint et de ses enfants à charge ou d'un compagnon de voyage de l'assuré, dans la province de résidence de ce dernier, jusqu'à concurrence d'un billet d'avion de ligne régulière, train ou autobus, si les moyens de retour initialement prévus ne peuvent être utilisés.
- d) Lorsque l'état de santé de l'assuré ne permet pas de rapatriement médical et que l'hospitalisation hors province doit dépasser 7 jours, l'Assisteur organise et paie les frais pour le transport aller-retour d'un proche parent résidant dans la province de résidence de l'assuré, pour lui permettre de se rendre à son chevet. Le remboursement maximal est de 1 500 \$. Ces frais ne sont cependant pas admissibles au remboursement si l'assuré était déjà accompagné par un proche parent âgé de 18 ans ou plus, ou que la nécessité de la visite ne soit pas confirmée par le médecin traitant ou que la visite ne soit pas préalablement approuvée et planifiée par l'Assisteur.
- e) L'Assisteur prend les dispositions nécessaires pour le retour jusqu'à leur résidence, des enfants de moins de 18 ans accompagnant l'assuré si, par la suite de l'accident ou de la maladie de l'assuré, celui-ci ou un autre adulte accompagnateur se trouve dans l'incapacité de s'en occuper.
- f) Lorsqu'un assuré est dans l'impossibilité de conduire le véhicule automobile utilisé au cours d'un voyage, 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, l'Assisteur paie les frais engagés, par une agence commerciale, pour le retour du véhicule personnel de l'assuré ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à un établissement de l'agence de location le plus rapproché du lieu de l'événement, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$.

- g) Dans le cas du décès de l'assuré, lorsque nécessaire, l'Assisteur organise et paie les frais d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un proche parent d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement, à condition qu'aucun proche parent âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné l'assuré dans son voyage. Le remboursement maximal est de 1 500 \$.
- h) Dans le cas du décès de l'assuré, l'Assisteur paie le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) jusqu'au lieu d'inhumation dans la province de résidence, sous réserve d'un remboursement maximal de 5 000 \$, ou jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 3 000 \$ pour le coût de crémation ou de l'enterrement sur place.

4.1.3 Allocations de subsistance

Les frais pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial, lorsqu'un assuré doit reporter son retour pour cause de maladie ou de blessure corporelle qu'il subit lui-même ou que subit un proche parent qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, sous réserve d'un remboursement maximal de 150 \$ par jour pendant 8 jours.

4.2 Service d'assistance voyage

L'Assisteur fournit, 24 heures sur 24, 365 jours par année, à tout assuré qui en fait la demande, un service d'assistance voyage dans le monde entier à l'exclusion des pays en état de guerre ou visés par un avis aux voyageurs rendant matériellement impossible l'intervention de l'Assisteur.

- a) Avance de fonds pour les frais couverts, en vertu de l'assurance voyage. Par la suite, l'Assisteur réclame le remboursement des frais engagés aux régimes publics d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré et à l'Assureur.
- b) En cas de maladie ou d'accident à l'étranger, l'Assisteur fournit toute information médicale sous forme de conseils simples et de renseignements ainsi que les coordonnées d'un centre médical. Si nécessaire, l'Assisteur facilite l'admission de l'assuré dans une clinique ou un centre hospitalier approprié.
- c) Sous réserve des présentes et en cas de maladie ou d'accident de l'assuré en dehors de sa province de résidence, aussitôt prévenu, l'Assisteur organise les contacts nécessaires entre son service médical, le médecin traitant, et éventuellement le médecin de famille, afin de prendre les décisions les mieux adaptées à la situation.
- d) L'Assisteur se charge de transmettre les messages urgents lorsque l'assuré est dans l'impossibilité de les transmettre lui-même.

- e) L'Assisteur assume l'acheminement, dans la limite du possible, de médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours, dans le cas où il est impossible de se les procurer sur place ou d'obtenir leur équivalent. Dans tous les cas, les médicaments sont payés par l'assuré, pour ensuite être remboursés par l'Assureur si admissibles.
- f) Sur présentation de pièces justificatives, l'Assisteur rembourse à l'assuré les frais d'appels téléphoniques et autres frais de communication engagés pour avoir accès à ces services en cas de difficulté à l'étranger.
- g) L'Assisteur fournit sur demande d'un assuré, toute information nécessaire en cas de problèmes importants durant le voyage de celui-ci, par suite de la perte de son passeport, visa, carte de crédit, etc.
- h) L'Assisteur offre à l'assuré en difficulté à l'étranger, un service téléphonique d'interprètes polyglottes.
- i) Lorsque l'assuré fait l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'un accident de la circulation, d'infraction au Code de la sécurité routière ou de tout autre délit civil, l'Assisteur fournit une aide en référant des noms d'avocats. Ce service n'est applicable qu'au Canada ou aux États-Unis.

4.3 Obligations de l'assuré

- a) **AVIS** : l'assuré a l'obligation d'aviser l'Assisteur, dès que possible, de la survenance de l'incident, de l'accident ou de la maladie.
- b) **RESTRICTION** : l'assuré, dès qu'il est en mesure de le faire, doit obtenir l'accord préalable de l'Assisteur avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense. Si l'assuré manque à cette obligation, l'Assisteur sera relevé de ses obligations envers celui-ci.
- c) **BILLETS NON UTILISÉS** : lorsqu'un assuré a bénéficié d'un rapatriement aux termes de la garantie d'assurance voyage, l'Assisteur se réserve le droit de réclamer à celui-ci, le titre de transport qu'il détient et non utilisé du fait des services rendus par l'Assisteur.
- d) **SUBROGATION** : aux fins de la présente garantie et pour toute somme avancée ou remboursée par l'Assisteur, l'assuré cède et subroge l'Assisteur dans tous ses droits et recours à tout remboursement dont il bénéficie ou prétend bénéficier selon tout régime public ou privé de services assurés similaires à ceux pour lesquels les avances ou les frais ont été engagés par l'Assisteur. Les assurés conviennent de signer tout document et exécuter tout acte requis par l'Assisteur afin de donner plein et entier effet à la présente cession et subrogation et mandatent spécialement à cette fin l'Assisteur à titre de procureur et de représentant pour soumettre toute réclamation et encaisser tout remboursement.

4.4 Exclusions et réduction de la garantie d'assurance voyage

En plus des exclusions et réduction mentionnées à la garantie d'assurance maladie, aucune somme n'est payée, ni aucune assistance donnée à l'assuré par l'Assureur ou l'Assisteur dans les cas suivants :

- a) lorsque le sinistre a lieu dans la province de résidence de l'assuré;
- b) lorsque l'assuré refuse, sans raison médicale valable, de se conformer aux recommandations de l'Assisteur quant à son rapatriement, au 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;
- c) s'il y a eu défaut de communiquer dès que possible avec l'Assisteur en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation, à la suite d'un accident ou d'une maladie subite;
- d) lorsque les frais sont occasionnés par une grossesse et ses complications dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement;
- e) lorsque les frais engagés hors de la province de résidence de l'assuré auraient pu être engagés dans sa 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 les 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;
- f) lorsque les frais hospitaliers sont engagés dans des centres hospitaliers pour malades chroniques, ou dans un service pour malades chroniques dans un centre hospitalier, ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales;
- g) pour une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent, ou si le voyage a été 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;
- h) pour un accident survenu lors de la participation de l'assuré à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungee jumping) ou à toute autre activité dangereuse;
- i) lorsqu'il y a absorption par l'assuré de médicaments, de drogues ou d'alcool en quantité toxique;

- j) pour les services de rapatriement et d'assistance voyage, lorsque le sinistre a lieu dans un pays en état de guerre déclarée ou non, visé par un avis aux voyageurs, lors d'émeute, de mouvement populaire, de représailles, de restrictions à la libre circulation, de grève, d'explosion, d'activité nucléaire, de radioactivité et autres cas de force majeure rendant matériellement impossible l'intervention de l'Assisteur.

4.5 Coordination

Cette assurance est une assurance dite « second payeur ». L'Assureur rembourse les frais admissibles, sous réserve des exclusions et réductions du présent contrat, en excédant des prestations payées en vertu de tout régime public ou privé, individuel ou collectif. Il est entendu que les règles de coordination des prestations des différents régimes se font conformément aux directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

- 4.6 L'Assureur peut en tout temps et à sa seule discrétion changer l'Assisteur aux fins de la garantie d'assurance voyage.

5. Assurance annulation de voyage

L'Assureur paie, selon les modalités décrites à la présente clause, les frais engagés par l'assuré 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 alors que la présente garantie est en vigueur, et que ce dernier, au moment de finaliser les arrangements du voyage, ne connaît aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu.

Le remboursement maximal par assuré est indiqué au *sommaire des garanties*.

5.1 Causes d'annulation ou d'interruption

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

- 5.1.1 une maladie ou un accident empêchant l'assuré ou un de ses proches parents, son compagnon de voyage ou un de ses proches parents, ou son associé en affaires de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage;
- 5.1.2 le décès de l'assuré, de son conjoint, d'un enfant de l'assuré ou de son conjoint, du compagnon de voyage ou d'un associé en affaires;
- 5.1.3 le décès d'un proche parent de l'assuré autre que son conjoint ou son enfant ou d'un proche parent du compagnon de voyage si les funérailles ont lieu au cours de la période prévue du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent;
- 5.1.4 le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination;

- 5.1.5 la convocation de l'assuré ou de son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury, ou leur assignation comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage, à la condition que la personne concernée ne soit pas partie au litige et ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir le report de la cause;
- 5.1.6 la mise en quarantaine de l'assuré ou de son compagnon de voyage, sauf si celle-ci se termine plus de 7 jours avant la date prévue du départ;
- 5.1.7 le détournement de l'avion à bord duquel l'assuré voyage;
- 5.1.8 un sinistre rendant inhabitable la résidence principale de l'assuré, du compagnon de voyage ou de l'hôte à destination, à la condition que la résidence soit toujours inhabitable 7 jours avant la date prévue du départ ou que le sinistre ait lieu au cours du voyage;
- 5.1.9 le transfert de l'assuré ou de son compagnon de voyage, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, si exigé dans les 30 jours précédant la date prévue du départ;
- 5.1.10 le terrorisme ou toute autre situation dans le pays où se rend l'assuré, à la condition que le gouvernement du Canada émette une recommandation incitant les canadiens à ne pas voyager dans ce pays pour une période couvrant la durée prévue du voyage et que la recommandation soit émise après que les frais eurent été engagés;
- 5.1.11 un départ manqué dû au retard du moyen de transport utilisé pour se rendre au point de départ, à la condition que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoyait une arrivée au moins 3 heures avant le départ ou au moins 2 heures si la distance à parcourir était inférieure à 100 kilomètres. La cause du retard doit être, soit les conditions atmosphériques, soit des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), soit un accident de la circulation, soit la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être appuyée par un rapport de police;
- 5.1.12 les conditions atmosphériques retardant le départ du transporteur public utilisé par l'assuré, au point de départ projeté, d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage ou empêchant l'assuré d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pour autant que cette correspondance soit retardée d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage;
- 5.1.13 un sinistre survenant à la place d'affaires ou sur les lieux physiques où doit se tenir une activité à caractère commercial et rendant impossible la tenue de l'activité de sorte qu'un avis écrit annulant l'activité est émis par l'organisme officiel responsable de son organisation.

5.1.14 la perte involontaire d'emploi permanent de l'assuré ou de son conjoint, pourvu que la personne concernée occupait le poste permanent chez le même employeur depuis plus d'un an.

5.2 Frais couverts

Les frais suivants sont couverts à la condition qu'ils soient effectivement à la charge de l'assuré.

5.2.1 En cas d'annulation avant le départ :

- la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance;
- les frais supplémentaires engagés par l'assuré qui décide de voyager seul dans le cas où son compagnon de voyage doit annuler son voyage pour une des raisons prévues à la présente garantie, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable à l'assuré au moment où son compagnon de voyage doit annuler;
- la 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.

5.2.2 Si un départ est manqué, au début ou au cours du voyage, pour une des raisons prévues à la présente garantie, le coût supplémentaire exigé par un transporteur public à horaire fixe pour un billet en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue.

5.2.3 Si le retour est anticipé ou retardé :

- le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ par le moyen de transport prévu initialement ou si ce dernier ne peut être utilisé, les frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe pour le retour jusqu'au point de départ; ces frais doivent au préalable être convenus avec l'Assureur.

Toutefois, si le retour de l'assuré est retardé de plus de 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 centre hospitalier à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de 7 jours;

- la portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.

5.3 Exclusions de la garantie d'assurance annulation de voyage

La présente garantie ne couvre pas les pertes causées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :

- 5.3.1 si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- 5.3.2 si le voyage est entrepris dans le but de visiter une personne malade ou ayant subi un accident et que l'annulation ou l'interruption du voyage résulte du décès ou d'une détérioration de la condition médicale de cette personne;
- 5.3.3 une guerre, déclarée ou non, ou la participation active à une insurrection réelle ou appréhendée;
- 5.3.4 la participation active de l'assuré ou de son compagnon de voyage à un acte criminel ou réputé tel;
- 5.3.5 la grossesse ou les complications en résultant dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement;
- 5.3.6 une blessure que l'assuré ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non;
- 5.3.7 lorsqu'il y a absorption par l'assuré de médicaments, de drogues ou d'alcool en quantité toxique;
- 5.3.8 la participation à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteur ou à tout genre d'épreuve de vitesse, ou vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (*bungee jumping*) ou à toute autre activité dangereuse;
- 5.3.9 une condition médicale pour laquelle l'assuré ou son compagnon de voyage a été hospitalisé ou a reçu ou s'est fait prescrire un traitement médical ou pour laquelle il a consulté un médecin dans les 90 jours précédant la date où les frais de voyage sont engagés, sauf s'il est prouvé à la satisfaction de l'Assureur que la condition de la personne concernée est stabilisée au moment où les frais ont été engagés. Un changement quant à un médicament, à sa posologie ou à son utilisation est considéré comme étant un traitement médical;
- 5.3.10 lorsque le sinistre est relié à toute condition connue de l'assuré ou de son compagnon de voyage et sujette à des périodes d'aggravation soudaine qui ne peuvent être contrôlées par médication ou autrement.

5.4 Délai pour demander l'annulation

Advenant une cause d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé dans un délai maximal de 48 heures, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié, et l'Assureur doit être avisé au même moment. La responsabilité de l'Assureur est limitée aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage 48 heures après la date de la cause d'annulation, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié.

5.5 Coordination

Cette assurance est une assurance dite « second payeur ». L'Assureur rembourse les frais admissibles, sous réserve des exclusions et réductions du présent contrat, en excédant des prestations payées en vertu de tout régime public ou privé, individuel ou collectif. Il est entendu que les règles de coordination des prestations des différents régimes se font conformément aux directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. Sont également exclus les frais engagés pour lesquels l'assuré ne serait pas tenu de payer en l'absence de la présente garantie.

5.6 Demande de prestations pour l'assurance annulation

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

5.6.1 Les titres de transport inutilisés.

5.6.2 Les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires.

5.6.3 Les 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.

5.6.4 Les documents officiels attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est attribuable 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 par l'assuré d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage.

5.6.5 Le 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 de la route.

5.6.6 Le rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques.

- 5.6.7 La preuve écrite émis par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial confirmant que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises de l'annulation de l'événement.
- 5.6.8 Tout autre rapport exigé par l'Assureur et permettant de justifier la demande de prestations de l'assuré.

6. Frais de médicaments

6.1 Définitions

Les définitions suivantes s'appliquent spécifiquement à l'assurance médicaments, en plus de celles prévues à la section « Définitions » :

- **Franchise et coassurance non remboursables par le régime public d'assurance médicaments** : La franchise et la coassurance non remboursables par le régime public d'assurance médicaments de la province de résidence de l'assuré représentent la contribution de l'assuré au paiement des médicaments et services pharmaceutiques qui est exigée d'une personne assurée par ce régime public, que cette contribution soit sous forme de franchise, de coassurance ou de ticket modérateur. Ces frais sont admissibles en vertu du présent contrat.
- **Liste de médicaments soumis à une autorisation préalable** : La liste de médicaments soumis à une autorisation préalable est une liste de médicaments, établie et pouvant être révisée en tout temps par l'Assureur, pour lesquels l'assuré doit obtenir une autorisation avant qu'ils puissent être admissibles en vertu du présent contrat.
- **Médicaments génériques** : Les médicaments génériques sont des équivalents aux médicaments originaux ou innovateurs.
- **Médicaments originaux ou innovateurs** : Les médicaments originaux ou innovateurs correspondent aux médicaments pour lesquels il existe un équivalent générique.
- **Médicaments uniques** : Les médicaments uniques sont des médicaments pour lesquels il n'existe aucun équivalent générique.
- **Ticket modérateur** : Le ticket modérateur représente la partie des frais admissibles que l'assuré doit payer pour chaque médicament prescrit ou service pharmaceutique pour lequel des frais ont été engagés.

6.2 Conditions d'admissibilité des médicaments

L'Assureur rembourse les médicaments satisfaisant à l'ensemble des conditions suivantes :

- a) Ils sont porteurs d'un numéro d'identification de médicament (DIN) valide délivré par Santé Canada et sont disponibles dans la province de résidence de l'assuré.

- b) Ils sont obtenus exclusivement en pharmacie et vendus par un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire.
- c) Ils sont médicalement requis et nécessaires au traitement de l'assuré.
- d) Ils doivent être prescrits par un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire et conformément aux indications thérapeutiques du fabricant ou, à défaut de celles-ci, aux indications des autorités gouvernementales compétentes.
- e) Ils doivent être approuvés et reconnus par l'Assureur pour leur efficacité et leur valeur thérapeutique.
- f) En ce qui concerne spécifiquement les médicaments inclus dans la liste de médicaments soumis à une autorisation préalable, ils doivent répondre aux critères déterminés par l'Assureur. À cette fin, l'assuré doit faire remplir à ses frais, par un professionnel de la santé, le formulaire prévu à cet effet. Ce formulaire est disponible auprès de l'Assureur.

Aux fins de la présente assurance médicaments, il est entendu que l'Assureur considère tout produit satisfaisant aux précédentes conditions comme un médicament.

6.3 Clause régulière

L'Assureur rembourse les médicaments et les services pharmaceutiques qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance d'un professionnel de la santé.

De plus, pour les résidents du Québec, sont également remboursés les médicaments et les services pharmaceutiques prévus en vertu des dispositions du régime public d'assurance médicaments.

6.4 Substitution

Seuls les frais pour l'achat du médicament le moins cher équivalent au médicament prescrit sont admissibles, et ce, même si le professionnel de la santé a inscrit sur l'ordonnance une mention à l'effet de ne pas substituer.

Si l'assuré désire obtenir le remboursement du coût du médicament d'origine, il doit faire remplir à ses frais, par un professionnel de la santé, le formulaire prévu à cet effet. Ce formulaire est disponible auprès de l'Assureur. Par la suite, l'assuré doit transmettre ce formulaire à l'Assureur pour analyse.

6.5 Dispositions applicables pour les assurés de 65 ans ou plus

Si le régime public d'assurance médicaments de la province de résidence de l'assuré prévoit le remboursement des médicaments pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, ce régime public agit alors à titre de premier payeur pour le remboursement des médicaments admissibles.

Si le régime public d'assurance médicaments offre le choix aux assurés âgés de 65 ans ou plus de demeurer couverts pour le remboursement des médicaments en vertu de la présente garantie, l'adhérent peut alors soumettre à l'Assureur une demande à cet effet. Cette demande doit être acheminée à l'Assureur avant l'expiration d'un délai de 31 jours suivant la date à laquelle l'adhérent ou le conjoint atteint l'âge de 65 ans, selon les modalités prévues au *sommaire des garanties*. Si applicable, la surprime prévue au *sommaire des garanties* doit également être acquittée. De plus, l'assuré doit se désinscrire du régime public d'assurance médicaments.

Enfin, une personne qui accepte de devenir assurée par le régime public d'assurance médicaments ne peut par la suite choisir de devenir assurée en vertu de la présente garantie pour les médicaments admissibles à ce régime public.

6.6 Exclusions et réductions - Frais de médicaments

Sous réserve de toute loi applicable dans la province de résidence de l'assuré, les médicaments ou produits suivants ne sont pas admissibles, à l'exception toutefois de ceux qui sont expressément indiqués comme étant admissibles au *sommaire des garanties*.

En aucun cas, ces exclusions et réductions ne doivent rendre la présente garantie moins généreuse que les obligations légales prévues par tout régime public d'assurance médicaments à l'égard d'un régime privé.

- a) les produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques et d'hygiène corporelle;
- b) les suppléments diététiques, produits et substances alimentaires;
- c) les médicaments, hormones, produits et injections servant au traitement de l'obésité;
- d) les préparations pour nourrissons;
- e) les hormones de croissance; toutefois, sur présentation à l'Assureur d'un rapport médical complet, les hormones de croissance peuvent être admissibles en vertu du présent contrat.
- f) les vitamines, produits naturels et produits homéopathiques;
- g) les articles liés à l'utilisation des médicaments administrés par injection, tels qu'alcool à friction, tampon, injecteur automatique ou autre équipement du même genre;
- h) les écrans solaires;
- i) les médicaments administrés principalement à titre préventif; aux fins de cette exclusion, un médicament servant à stabiliser ou régulariser un état pathologique diagnostiqué par un professionnel de la santé n'est pas considéré comme un médicament préventif;
- j) les produits antitabac;

- k) les médicaments et substances servant au traitement de la dysfonction érectile et de toute autre dysfonction sexuelle;
- l) les médicaments servant au traitement de l'infertilité de même que tout produit et substance liés à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro ou servant à des fins de procréation assistée;
- m) les gelées, mousses et autres dispositifs à des fins contraceptives;
- n) les médicaments reçus dans un centre hospitalier, que l'assuré soit hospitalisé ou non;
- o) les médicaments et produits de nature expérimentale, ceux reçus dans le cadre d'un projet de recherche et ceux obtenus en vertu d'un programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux;
- p) les médicaments qui, de l'avis de l'Assureur, sont destinés à être administrés à l'hôpital, en raison de leur voie d'administration et de la condition pour laquelle le médicament est utilisé.

De plus, les services pharmaceutiques sont soumis aux maximums prévus par le régime public d'assurance médicaments de la province de résidence de l'assuré.

Enfin, sous réserve de toute loi applicable dans la province de résidence de l'assuré, l'Assureur se réserve le droit d'adopter des mesures ayant pour effet d'exclure, de limiter, de cesser le remboursement d'un médicament ou d'en modifier ses critères d'admissibilité. Par ailleurs, l'Assureur se réserve aussi le droit d'exclure un médicament dont le coût pourrait avoir une incidence significative sur le risque assuré de la présente garantie ou le droit de modifier les taux de cette dernière.

7. **Autres frais admissibles**

Les fournitures et services suivants sont admissibles pourvu qu'ils soient médicalement requis, prescrits par un médecin et nécessaires au traitement de l'assuré.

Les frais ci-dessous sont couverts et sont remboursés selon le pourcentage de coassurance, la franchise et les maximums prévus au *sommaire des garanties*.

7.1 Les frais **d'accessoires pour pompe à insuline**.

7.2 Les frais **d'aide technique à la communication orale**.

7.3 Les frais de transport par **ambulance** au centre hospitalier le plus proche pouvant fournir les soins requis, y compris le transport aérien en cas d'urgence.

7.4 Les frais d'achat d'**appareil auditif** et **autres dispositifs connexes** (y compris les réparations et les remplacements, incluant les piles).

7.5 Les frais d'achat de **bas de soutien**.

7.6 Les frais d'achat d'un **bras myoélectrique**.

- 7.7 Les frais d'occupation d'une chambre, repas compris, pendant au moins 12 heures consécutives, dans un **centre de réadaptation**, pourvu que l'assuré soit admis dans un tel centre moins de 14 jours après la fin de son hospitalisation et que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance.
- 7.8 Le coût initial ou le coût de remplacement de **chaussures orthopédiques** fabriquées sur mesure pour l'assuré. Ces chaussures doivent être vendues par un laboratoire ou un établissement spécialisé détenteur de tous les permis et autorisations d'usage dans la province de résidence de l'assuré.
- 7.9 Les frais d'achat ou de location, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par l'Assureur, d'**une cigogne mécanique ou hydraulique**.
- 7.10 Les honoraires d'un **dentiste** à la suite d'un accident survenu en cours d'assurance, pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents saines, naturelles et vivantes. Cependant, s'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de l'assuré, l'Assureur rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins cher.
- 7.11 Les frais d'**électrocardiogrammes** effectués à l'extérieur d'un centre hospitalier aux fins de prévention ou de diagnostic.
- 7.12 Les frais de location ou d'achat d'un modèle de base, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par l'Assureur, de **fauteuil roulant, lit d'hôpital ou d'autres appareils thérapeutiques**.
- 7.13 Les frais d'achat d'un appareil destiné au contrôle du diabète (**glucomètre, dextromètre ou tout appareil du même genre**) et de la mallette permettant son déplacement, sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que l'assuré est insulino-dépendant.
- 7.14 Les honoraires pour des soins médicaux rendus au domicile de l'adhérent, par des **infirmiers ou des infirmiers auxiliaires** membres en règle d'un ordre professionnel reconnu par l'autorité législative, à l'exclusion de toute personne qui réside habituellement à la maison de l'adhérent ou qui fait partie de sa famille.
- 7.15 Les frais d'achat de **lentilles intraoculaires requises lors d'une chirurgie de la cataracte**.
- 7.16 Les frais d'achat d'un **membre ou d'un œil artificiel**, de location ou d'achat, selon le cas, de **supports, corsets, bandes herniaires, plâtres, béquilles ou d'autres équipements orthopédiques**.
- 7.17 Les frais d'achat d'un **neurostimulateur transcutané**.
- 7.18 Les frais pour l'achat d'**orthèses plantaires** ajoutés à des chaussures ordinaires, fabriquées par un laboratoire orthopédique spécialisé licencié en vertu des lois provinciales applicables.

- 7.19 Les frais pour **oxygène, sang, plasma sanguin et transfusion, de même que les frais pour radiographies, échographies et analyses de laboratoire** aux fins de prévention ou de diagnostic effectuées à l'extérieur du centre hospitalier, à l'exception des frais pour la conservation ou la congélation de sang et plasma.
- 7.20 Les frais de **pompe d'extrémité pour lymphœdème**.
- 7.21 Les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** à la suite de traitements de chimiothérapie.
- 7.22 Les frais d'achat d'une **prothèse mammaire** externe par suite d'une mastectomie radicale.
- 7.23 Les frais d'imagerie par **résonances magnétiques** effectuées à l'extérieur d'un centre hospitalier aux fins de diagnostic.
- 7.24 Les frais d'achat de **soutiens-gorge chirurgicaux** vendus par un laboratoire spécialisé, requis à la suite d'une mastectomie radicale.
- 7.25 Les frais pour la **substance utilisée pour les injections sclérosantes**, requises médicalement et administrées par un médecin.
- 7.26 Les frais de **tomodensitométries** effectuées à l'extérieur d'un centre hospitalier aux fins de diagnostic.
- 7.27 Lorsqu'un assuré âgé de moins de 65 ans doit recevoir des **traitements spéciaux non offerts dans sa province de résidence**, l'Assureur rembourse les frais médicaux et hospitaliers aux conditions suivantes :
- a) les traitements doivent être recommandés par un médecin et doivent être approuvés par le régime public d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré et par l'Assureur. Les traitements de nature expérimentale sont exclus.
Nous entendons par « traitement », une série d'actes effectués par le même praticien à l'intérieur d'une période de 24 mois consécutifs;
 - b) les soins ne sont pas offerts dans la province de résidence, c'est-à-dire que la demande ne résulte pas d'un manque de disponibilité temporaire pour de tels soins;
 - c) les soins hors Canada sont admissibles seulement si ces soins ne sont pas offerts dans la province de résidence de l'assuré, ni ailleurs au Canada.
- 7.28 Les frais pour des **travaux de transformation du domicile ou du véhicule** de l'assuré, rendus nécessaires lorsque, suite à un événement survenu alors que cette assurance est en vigueur, l'assuré est contraint à l'utilisation permanente d'un fauteuil roulant.

8. Professionnels de la santé

Les frais suivants sont remboursés selon le pourcentage de coassurance, la franchise et les maximums prévus au *sommaire des garanties*.

Les fournitures et services suivants sont admissibles pourvu qu'ils soient médicalement requis, prescrits par un médecin et nécessaires au traitement de l'assuré.

Tous les professionnels de la santé énumérés dans ce document doivent être membres en règle de leur ordre professionnel reconnu par l'autorité législative ou de leur association professionnelle reconnue par l'Assureur.

Un seul traitement par jour, pour le même patient est sujet à prestations, et ce, pour chaque professionnel énuméré ci-après.

- 8.1 Les honoraires d'un **acupuncteur**.
- 8.2 Les honoraires d'un **chiropraticien** et les **radiographies de chiropraticien**.
- 8.3 Les honoraires d'un **diététiste**.
- 8.4 Les honoraires d'un **massothérapeute**.
- 8.5 Les honoraires d'un **naturopathe**.
- 8.6 Les honoraires d'un **orthophoniste**.
- 8.7 Les honoraires d'un **ostéopathe** et les **radiographies d'ostéopathe**.
- 8.8 Les honoraires d'un **physiothérapeute et d'un thérapeute en réadaptation physique** sous supervision d'un physiothérapeute ou d'un physiatre.
- 8.9 Les honoraires d'un **podiatre** et les **radiographies de podiatre**.
- 8.10 Les honoraires d'un **psychologue**.
- 8.11 Les honoraires d'un **travailleur social**.

9. Exclusions et réduction de la garantie

Sous réserve des dispositions de toutes lois applicables dans la province de résidence de l'adhérent, sont exclus les produits et services décrits et aucun remboursement n'est effectué par l'Assureur pour les frais subis lors des événements décrits ci-dessous. De plus, les exclusions suivantes s'appliquent, sauf si la protection est prévue au *sommaire des garanties* :

- 9.1 pour les vaccins préventifs;
- 9.2 pour les prothèses dentaires, sauf pour l'achat initial si nécessitées par suite d'un accident;
- 9.3 pour les lunettes, verres de contact et chirurgie au laser;
- 9.4 pour les appareils auditifs ou leur ajustement;
- 9.5 pour les injections sclérosantes;
- 9.6 pour des injections dans le cadre d'une cure d'amaigrissement;
- 9.7 pour des traitements ou des prothèses à des fins esthétiques, sauf à la suite d'un accident;
- 9.8 pour une chirurgie à des fins esthétiques, sauf à la suite d'un accident;
- 9.9 pour des soins prodigués principalement aux fins d'esthétique, les lunettes de protection ou de soleil et les soins prodigués gratuitement;
- 9.10 pour tout produit ou service non médicalement requis;
- 9.11 pour des prothèses capillaires, sauf à la suite de traitements de chimiothérapie;
- 9.12 pour un examen de l'ouïe; sauf si effectué par un audiologiste lorsque ce professionnel de la santé est retenu au contrat;
- 9.13 pour un examen de la vue;
- 9.14 en raison d'une blessure ou d'une mutilation que l'assuré s'est infligée volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- 9.15 pour des soins et services administrés par un membre de la famille de l'assuré ou par une personne qui réside avec ce dernier;
- 9.16 pour un examen médical périodique, ou pour un examen médical aux fins d'emploi, aux fins d'admission à une institution scolaire, aux fins d'assurance ou aux fins de voyage de santé;

- 9.17 pour une condition survenue alors que l'assuré est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
- 9.18 en raison d'une guerre déclarée ou non, ou de participation active à une insurrection réelle ou appréhendée;
- 9.19 pour une condition survenue lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel;
- 9.20 pour tous frais relatifs à l'insémination;
- 9.21 pour tous frais relatifs au traitement de l'infertilité;
- 9.22 pour tout soin, service ou fourniture de nature expérimentale;
- 9.23 pour tout ticket modérateur, franchise ou coassurance exigé par tout régime public d'assurance médicaments pour des produits et services admissibles en vertu de la présente garantie.

En ce qui a trait aux professionnels de la santé, aucune prestation n'est payable pour des frais encourus alors que l'assuré était admissible à une protection similaire sous le régime public d'assurance maladie de sa province de résidence, nonobstant le fait que ledit régime couvre en tout ou en partie les frais encourus. Une fois que la protection fournie par le régime public d'assurance maladie a atteint son maximum, cette exclusion ne s'applique plus.

De plus, les frais payables en vertu de tout autre régime individuel ou collectif et les frais pour lesquels l'assuré a droit à une indemnité en vertu de toute loi fédérale, provinciale ou étrangère sont exclus.

Finalement, les frais engagés pour des soins, services ou fournitures pour lesquels l'assuré n'est pas tenu de payer, qu'il ne serait pas tenu de payer s'il s'était prévalu des dispositions de tout régime public ou ne serait pas tenu de payer en l'absence de la présente garantie sont exclus.

10. Demande de prestations

L'Assureur est tenu de payer en vertu de la présente garantie s'il y a eu présentation d'une demande de prestations avant l'expiration d'un délai de 12 mois suivant la date à laquelle les frais admissibles ont été engagés. Les frais sont considérés comme engagés à la date à laquelle les services ont été rendus ou les articles ont été fournis.

Le délai stipulé ci-dessus est de rigueur. Toutefois, si l'adhérent prouve à la satisfaction de l'Assureur qu'il était dans l'impossibilité d'agir avant l'expiration du délai, et que la demande fut présentée dès qu'a cessé l'empêchement, alors l'assuré pourra bénéficier de la présente garantie d'assurance.

11. **Coordination des prestations**

Lorsque l'assuré est couvert en vertu d'un autre régime d'assurance collective ou d'un régime public, ou si l'assurance est obligatoire en vertu de la loi, la somme de toutes les prestations payables ne peut excéder la totalité des frais engagés. En d'autres termes, la partie des frais admissibles payable sous un autre régime n'est pas payable en vertu de la présente garantie.

Si l'assuré en vertu du présent contrat est aussi assuré en vertu d'un autre régime, le remboursement initial avant application de la coordination est la responsabilité du régime aux termes duquel l'assuré n'est pas une personne à charge. Par la suite, les frais non remboursés sont la responsabilité du régime aux termes duquel l'assuré est considéré comme personne à charge.

Dans le cas des enfants à charge, le remboursement initial avant application de la coordination est la responsabilité du régime de celui des deux conjoints assurés dont l'anniversaire de naissance arrive en premier au cours de l'année civile. Par la suite, les frais non remboursés sont la responsabilité du régime de l'autre conjoint.

12. **Renseignements**

L'Assureur peut exiger tous renseignements, détails et dossiers, y compris l'histoire du cas, concernant le diagnostic, le traitement ou les services rendus à chaque assuré soit avant ou après la date d'entrée en vigueur de son assurance, et l'assuré convient, comme condition de la responsabilité de l'Assureur en vertu de la présente garantie, de lui fournir ou de lui faire fournir tous ces renseignements, détails et dossiers et autorise tout hôpital, ou toute personne rendant ou ayant rendu ces services à les fournir directement à l'Assureur. Tous ces renseignements sont considérés strictement confidentiels par l'Assureur.

13. **Renonciation à la responsabilité**

Le paiement des prestations en vertu de ce contrat libère l'Assureur de toute responsabilité pour tout acte ou omission de tout hôpital ou de toute personne rendant n'importe lequel des services mentionnés dans ce contrat.

14. **Prolongation de la protection des personnes à charge suite au décès de l'adhérent**

Au décès d'un adhérent, l'assurance de ses personnes à charge est prolongée sans paiement de prime jusqu'à la première des dates suivantes :

14.1 la date coïncidant avec la fin de la période indiquée au *sommaire des garanties*;

14.2 la date à laquelle l'assurance des personnes à charge aurait pris fin n'eut été le décès de l'adhérent;

14.3 la date de fin du contrat ou de la garantie.

15. Fin de l'assurance

15.1 La garantie d'assurance maladie de tout adhérent se termine à la première des dates suivantes :

- 15.1.1 la date de la fin du contrat, sous réserve des dispositions relatives au « Droit de transformation »;
- 15.1.2 la date à laquelle l'adhérent termine son emploi, sous réserve des dispositions relatives au « Droit de transformation »;
- 15.1.3 La date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des dispositions relatives au « Droit de transformation » 30 jours après l'envoi d'un avis écrit à cet effet par l'Assureur à la dernière adresse connue du Preneur;
- 15.1.4. la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de fin de l'assurance indiqué au *sommaire des garanties*, sous réserve des dispositions applicables pour les assurés de 65 ans ou plus.
- 15.1.5 la date de mise à la retraite de l'adhérent;
- 15.1.6 la date de son 65^e anniversaire de naissance pour un adhérent devenu invalide avant l'âge de 65 ans;
- 15.1.7 la date de terminaison du délai de carence de la garantie d'assurance invalidité de longue durée, pour un adhérent devenu invalide à l'âge de 65 ans ou après et qui n'est pas de retour au travail à plein temps.

15.2 L'assurance des personnes à charge se termine à la première des dates suivantes :

- 15.2.1 la date de la fin de l'assurance de l'adhérent, sous réserve des dispositions relatives à la « Prolongation de la protection des personnes à charge à la suite du décès de l'adhérent »;
- 15.2.2 la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge;
- 15.2.3 la date à laquelle l'adhérent change son statut de protection de telle sorte qu'une ou toutes ses personnes à charge ne sont plus assurées en vertu de la présente garantie.

16. Droit de transformation

L'assuré qui cesse d'être admissible à la présente garantie peut obtenir, sans preuves d'assurabilité, un contrat d'assurance maladie individuelle du genre alors émis par l'Assureur, s'il en fait la demande écrite à l'Assureur dans le délai indiqué au *sommaire des garanties*. Des preuves d'assurabilité sont requises pour toute demande soumise après ce délai. Si l'assuré exerce son droit de transformation dans le délai prescrit, le contrat d'assurance maladie individuelle entre en vigueur à la date de terminaison de son régime collectif d'assurance maladie. Si des preuves d'assurabilité sont requises, l'assurance entre en vigueur à la date à laquelle l'Assureur accepte ces preuves.

GARANTIE D'ASSURANCE INVALIDITÉ LONGUE DURÉE

Sur réception et approbation par l'Assureur de preuves établissant qu'un adhérent, en vertu du présent contrat, est devenu invalide tel que défini aux présentes et après expiration du délai de carence tel que prévu au *sommaire des garanties*, l'Assureur verse à cet adhérent une prestation mensuelle dont le montant est déterminé ci-après.

1. Période de prestations

Le premier versement de la prestation est payable à compter du 31^e jour suivant l'expiration du délai de carence et les versements suivants sont effectués mensuellement.

Le droit aux prestations cesse à la première des éventualités suivantes :

- 1.1 le dernier jour de la semaine au cours de laquelle l'adhérent atteint la période maximale de prestations indiquée au *sommaire des garanties*;
- 1.2 la date de mise à la retraite de l'adhérent;
- 1.3 la fin de l'invalidité totale;
- 1.4 le défaut de produire les preuves de persistance de l'invalidité satisfaisantes à l'Assureur;
- 1.5 le refus de se soumettre à un examen médical tel que demandé par l'Assureur;
- 1.6 l'incarcération dans une prison, un service correctionnel ou un établissement psychiatrique, sur ordonnance d'une cour criminelle;
- 1.7 lorsque l'adhérent séjourne à l'extérieur du Canada pendant une période de plus de 4 semaines pour quelque raison que ce soit, à moins que l'Assureur ne convienne d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période;
- 1.8 le décès de l'adhérent.

2. Montant de la prestation

Le montant de la prestation est égal au pourcentage prévu au *sommaire des garanties* du salaire mensuel de l'adhérent au début de la période d'invalidité. Cette prestation est sujette aux maximums prévus audit *sommaire* et réduite de la somme des montants suivants :

- 2.1 les prestations d'invalidité auxquelles l'adhérent a droit en vertu d'un régime de pension applicable dans sa province de résidence, et ce, avant tout partage ou retenue de quelque nature que ce soit ou auxquelles l'adhérent avait droit si une demande avait été faite et approuvée, à moins qu'une preuve en bonne et due forme ne soit soumise à l'Assureur démontrant qu'une telle demande a été refusée.

Un adhérent invalide qui a droit à la prestation d'invalidité d'un régime de pension applicable dans sa province de résidence et qui demande sa rente de retraite d'un tel régime de pension est présumé recevoir la prestation d'invalidité qu'il aurait reçue s'il en avait fait la demande ou qu'il aurait continué de recevoir s'il n'avait pas demandé sa rente de retraite;

- 2.2 les prestations reliées à l'invalidité en vertu de toute loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ou de toute loi sur l'assurance automobile qui sont effectivement payées ou qui seraient payées à l'adhérent si une demande avait été faite et approuvée, à moins qu'une preuve en bonne et due forme ne soit soumise à l'Assureur démontrant qu'une telle demande a été refusée;

- 2.3 les prestations, indemnités ou revenus reçus par l'adhérent et que tels montants proviennent :

2.3.1 de l'employeur;

2.3.2 d'un régime de retraite de l'employeur actuel ou de tout employeur antérieur, à l'exception des sommes provenant d'un régime de retraite que l'adhérent recevait avant le début de son invalidité.

Dans tous les cas de réduction du montant de la prestation mentionnés aux articles 2.1 et 2.2, l'adhérent a l'obligation de présenter une telle demande de prestations d'invalidité auprès de l'autorité concernée si l'Assureur l'exige et tout défaut de s'exécuter de l'adhérent entraînera la réduction du montant de la prestation telle que décrite à ces articles.

Aucune augmentation de tout montant mentionné aux articles 2.1, 2.2 et 2.3 et provenant de l'indexation au coût de la vie ne réduit le montant de la prestation payable en vertu de cette garantie.

Lorsqu'un montant décrit aux articles 2.1 et 2.2 est versé sous la forme d'un montant forfaitaire, l'adhérent sera réputé avoir reçu une prestation mensuelle équivalente au montant forfaitaire et, ainsi, l'Assureur pourra récupérer toute prestation versée en trop ou pourra cesser ou pourra réduire les prestations payables en vertu du contrat comme si le revenu provenant d'autres sources était payé mensuellement.

Le montant de la prestation en cas d'invalidité se fractionne, le cas échéant, à raison de 1/30 de la prestation mensuelle pour un jour civil au cours de ce mois.

Pour la semaine de prestations coïncidant avec la journée de retour au travail, la prestation payable sera proportionnelle au nombre d'heures de travail effectivement perdues.

De plus, la somme des prestations d'assurance invalidité décrites ci-dessus et des revenus initiaux provenant d'autres sources ne peut excéder le pourcentage du salaire de l'adhérent au début de son invalidité tel que prévu au *sommaire des garanties* à l'item « Revenus de toutes sources ».

À cette fin, les revenus suivants sont considérés comme revenus provenant d'autres sources :

a) revenus d'invalidité provenant :

- de toute loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ou de toute autre législation similaire;
- de toute loi sur l'assurance automobile ou de toute autre législation similaire;
- d'un régime de pension applicable dans la province de résidence de l'adhérent (montant initial de prestation seulement);
- de la Loi de l'indemnisation des victimes d'actes criminels;
- de toute autre loi à caractère social et de tout autre régime d'assurance collective privé ou public, y compris tout régime supplémentaire de prestation auquel l'employeur actuel contribue ou auquel a contribué tout employeur antérieur.

b) toute rémunération reçue de l'employeur actuel ou antérieur (exception faite des sommes reçues dans le cadre d'un programme de réadaptation).

De plus, aux fins de calcul des revenus d'autres sources, un adhérent invalide qui a droit à la prestation d'invalidité d'un régime de pension applicable dans sa province de résidence et qui demande sa rente de retraite d'un tel régime de pension est présumé recevoir la prestation d'invalidité qu'il aurait reçue s'il en avait fait la demande ou qu'il aurait continué de recevoir s'il n'avait pas demandé sa rente de retraite.

3. Réadaptation

- 3.1 L'adhérent qui participe à un programme de réadaptation de l'Assureur a droit à la prestation mensuelle de réadaptation et le paiement de cette prestation prend fin dès :
- a) l'expiration d'une période de 24 mois après le début du programme de réadaptation; ou
 - b) l'interruption du programme de réadaptation; ou
 - c) le retrait par l'Assureur de l'approbation du programme de réadaptation.
- 3.2 La prestation mensuelle de réadaptation est égale au montant de l'indemnité mensuelle de l'adhérent avant son inscription au programme de réadaptation, diminué d'une somme égale à 50 % de la rémunération au travail accompli au cours de ce programme.
- 3.3 Si le revenu de l'adhérent, provenant de la prestation de réadaptation et de la rémunération du travail accompli au cours du programme de réadaptation excède 100 % du salaire mensuel net de base perçu de son employeur au début du délai de carence si la prestation est non imposable ou du salaire mensuel brut de base si la prestation est imposable, la prestation mensuelle de réadaptation est réduite de l'excédent.

4. Indexation

Pendant et aussi longtemps que l'adhérent est invalide, le montant de la prestation est ajusté annuellement au 1^{er} janvier, suivant les modalités indiquées au *sommaire des garanties*.

5. Exclusions et réduction de la garantie

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

- 5.1 Si l'invalidité totale survient dans les cas suivants :
- 5.1.1 en raison d'une guerre déclarée ou non ou de sa participation active à une insurrection réelle ou appréhendée;
 - 5.1.2 en raison d'une blessure ou d'une mutilation que l'adhérent s'est infligée, qu'il soit sain d'esprit ou non;

- 5.1.3 Lors de sa participation à un acte criminel ou réputé tel, y compris le fait de conduire un véhicule, bateau ou aéronef lorsque l'adhérent :
- a un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident; ou
 - est sous l'effet de drogue ou de médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.
- 5.1.4 pour une condition survenue alors que l'adhérent est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
- 5.1.5 en raison d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu compulsif, sauf s'il s'agit d'une période d'invalidité pendant laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa désintoxication ou de sa réadaptation auprès d'un établissement, d'un organisme ou d'une institution spécialisés à cet effet;
- 5.1.6 en raison d'une chirurgie effectuée uniquement à des fins esthétiques, à moins qu'elle ne s'avère nécessaire à la suite d'une maladie ou d'une blessure.
- 5.2 À l'égard d'une invalidité totale durant laquelle l'adhérente est dans l'une des situations suivantes :
- 5.2.1 congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou un congé de maternité accordé par l'employeur; ledit congé est réputé débuter à la date prévue du départ ou à la date de l'accouchement selon la première éventualité;
- 5.2.2 période pour laquelle l'adhérente reçoit des prestations de maternité en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi ou de la Loi sur l'assurance parentale.
- 5.3 Toute période d'invalidité au cours de laquelle l'adhérent n'est pas sous les soins d'un médecin. Dans le cas d'une invalidité due à une maladie mentale, l'adhérent invalide doit être sous les soins d'un spécialiste en psychiatrie.
- 5.4 Durant une période où l'adhérent exerce une occupation rémunératrice, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation.
- 5.5 Si l'adhérent est congédié pour des raisons non reliées à l'invalidité et que ladite invalidité ne l'empêche pas d'exercer toute activité rémunératrice pour laquelle il possède des aptitudes raisonnables compte tenu de son éducation, de sa formation ou de son expérience.
- 5.6 Durant une période où l'adhérent refuse de participer à un programme de réadaptation ou d'exercer un emploi de réadaptation que l'Assureur juge approprié.

6. Exonération des primes en cas d'invalidité totale

Si avant l'âge de 65 ans, un adhérent est atteint d'invalidité totale alors que cette garantie est en vigueur, l'Assureur renonce au paiement de toute prime à son égard qui vient à échéance après l'expiration du délai de carence de cette garantie, tant que dure l'invalidité totale.

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

- a) la fin de l'invalidité totale;
- b) la date du 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent;
- c) la date de mise à la retraite de l'adhérent.

7. Fin de l'assurance

La garantie d'assurance invalidité longue durée de tout adhérent se termine à la première des dates suivantes :

7.1 la date de la fin du contrat ou de la garantie, sous réserve de toutes lois applicables;

7.2 la date à laquelle l'adhérent termine son emploi;

7.3 la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée, sous réserve des dispositions relatives à « l'Exonération des primes en cas d'invalidité totale »;

7.4 la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge indiqué au *sommaire des garanties*;

7.5 la date de mise à la retraite de l'adhérent.

8. Supplément aux prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse

Lorsqu'une adhérente autrement admissible à des prestations est visée par l'exclusion 5.2 de la présente garantie et qu'elle reçoit des prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale en raison de grossesse, l'Assureur verse un supplément calculé comme étant la différence entre le montant des prestations de l'assurance-emploi ou de l'assurance parentale et le montant auquel elle aurait eu droit si l'exclusion 5.2 ne s'était pas appliquée.

9. Conditions préexistantes

Si l'invalidité de l'adhérent résulte d'une condition préexistante, celui-ci n'est pas admissible aux prestations d'assurance invalidité ni à l'exonération des primes en vertu de la présente garantie.

Est considéré comme une condition préexistante un accident subi ou une maladie ayant débuté avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance invalidité de l'adhérent et pour lequel, dans les 3 mois précédant immédiatement cette date :

- l'adhérent a consulté un professionnel de la santé; ou
- l'adhérent a reçu des traitements ou des soins médicaux; ou
- l'adhérent s'est fait prescrire des médicaments ne pouvant être obtenus que sur ordonnance par un professionnel de la santé légalement autorisé à le faire.

Cette disposition s'applique à tout adhérent qui est un nouvel employé du Preneur du présent contrat et qui n'était pas couvert par une garantie d'assurance invalidité ayant pris fin dans les 30 jours précédant immédiatement la date du premier jour de travail auprès de son nouvel employeur.

Toutefois, cette disposition ne s'applique plus lorsque l'adhérent a été effectivement au travail, de façon continue et selon son horaire régulier, pendant une période de 12 mois suivant la date d'entrée en vigueur de son assurance en vertu de la présente garantie d'assurance invalidité.