



ASSURANCE
COLLECTIVE

VOTRE LIVRET D'ASSURANCE COLLECTIVE



**ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES DIRECTEURS
ET DIRECTRICES D'ÉTABLISSEMENT
D'ENSEIGNEMENT RETRAITÉS**

Catégorie 300



RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

Titulaire du régime : **ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES
DIRECTEURS ET DIRECTRICES
D'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT
RETRAITÉS**

N° de police : **28000**

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

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

Le titulaire de police se réserve le droit de modifier ou d'interrompre toute protection, y compris la protection pour les retraités, prévue par la police collective et de résilier la police collective dans son intégralité en tout temps à l'égard des participants actifs (y compris ceux qui sont absents en raison d'une invalidité) et des participants retraités après leur départ à la retraite.

De plus, le titulaire de police se réserve le droit de modifier les exigences de contribution relativement aux protections offertes, y compris la protection pour les retraités, prévues par la police collective en tout temps à l'égard des participants actifs (y compris ceux qui sont absents en raison d'une invalidité) et des participants retraités après leur départ à la retraite.

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

Ce livret peut également être consulté sur notre site sécurisé Espace client, accessible via ia.ca si offert dans le cadre de votre régime. Pour toute question relative aux couvertures, communiquer avec iA Groupe financier au 1 877 422-6487.

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

TABLE DES MATIÈRES

	Page
TABLEAU SOMMAIRE	1
CONDITIONS GÉNÉRALES	17
ASSURANCE VIE DE BASE DU PARTICIPANT	30
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT	32
ASSURANCE VIE DE BASE DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE DU PARTICIPANT	34
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT DU PARTICIPANT	36
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE	40
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – SOINS À DOMICILE	62
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE	66
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	76
COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION	85
COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT	86
PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	88
SERVICE DEUXIÈME OPINION MÉDICALE	89

TABLEAU SOMMAIRE

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

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

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

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

Les participants sont assurés selon la catégorie ci-dessous :

Catégorie

300 – Conjoints survivants

Tarification : Les taux sont disponibles auprès de votre administrateur de régime de l'AQDER.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES (suite)

Information relative à la catégorie 300 - *Conjoints survivants* :

Au décès du retraité, l'assurance peut être maintenue pour son conjoint survivant et pour ses enfants à charge qui étaient couverts par la police collective au moment du décès du retraité.

Afin d'être admissible au transfert à la catégorie 300, un conjoint survivant doit satisfaire les exigences suivantes :

- a) Il répond à la définition de *Conjoint survivant* de la police collective; et
- b) Il doit présenter une demande de participation à l'assureur dans les 90 jours qui suivent la date du décès du retraité; et
- c) Il doit devenir membre en règle de l'Association Québécoise des Directeurs et Directrices d'Établissement d'Enseignement Retraités (AQDER).

Le conjoint survivant est alors transféré à la catégorie 300 – *Conjoints survivants*.

À ce titre, le conjoint survivant obtient le statut de participant et doit acquitter la prime selon l'âge atteint du conjoint survivant et le statut de protection demandé pour lui-même et ses enfants à charge, le cas échéant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

CONDITIONS GÉNÉRALES

DATE D'ADMISSIBILITÉ

Un conjoint survivant devient admissible à la plus tardive des dates suivantes, sous réserve de toute autre disposition de la police collective :

- a) au 1^{er} juin 2021, s'il répond à la définition de *Conjoint survivant*, précisée aux Conditions générales,

ou

- b) à la date à laquelle il répond à la définition de *Conjoint survivant*, précisée aux Conditions générales.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE DE BASE DU PARTICIPANT

Capital assuré

Montant égal au capital assuré pour le conjoint au moment du décès du retraité, en vertu de la garantie Assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge du participant.

Les montants assurés et approuvés par l'assureur avant le 1^{er} juin 2021 font l'objet d'un droit acquis.

Terminaison :

Cette garantie se termine au décès du participant.

LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST OPTIONNELLE.

TOUTEFOIS, LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE DEVIENT OBLIGATOIRE SI LE PARTICIPANT
DÉSIRE AJOUTER UN MONTANT D'ASSURANCE VIE FACULTATIVE
DU PARTICIPANT.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Capital assuré

Un montant égal au capital assuré pour le conjoint, au moment du décès du retraité en vertu de la garantie Assurance vie facultative du conjoint du participant.

Maximum : 60 000 \$

Les montants assurés et approuvés par l'assureur avant le 1^{er} juin 2021 font l'objet d'un droit acquis.

Réduction :

Le montant maximal de protection disponible en vertu de la présente garantie est réduit à 30 000 \$ au 75^e anniversaire de naissance du participant.

Terminaison :

Cette garantie se termine au décès du participant.

POUR ÊTRE ADMISSIBLE À LA PRÉSENTE GARANTIE, LE PARTICIPANT DOIT ÊTRE ASSURÉ EN VERTU DE LA GARANTIE ASSURANCE VIE DE BASE DU PARTICIPANT.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE DE BASE DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE DU PARTICIPANT

Capital assuré

Conjoint : 10 000 \$

Chaque enfant dès la naissance vivante : 10 000 \$

À compter du 1^{er} juin 2021 :

Un conjoint survivant d'un retraité peut obtenir de l'Assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge du participant en vertu de la présente garantie sur présentation de preuves d'assurabilité.

Les montants assurés et approuvés par l'assureur avant le 1^{er} juin 2021 font l'objet d'un droit acquis.

Terminaison :

Cette garantie se termine au décès du participant.

LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST OPTIONNELLE.

TOUTEFOIS, LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE DEVIENT OBLIGATOIRE SI LE PARTICIPANT
DÉSIRE AJOUTER UN MONTANT D'ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT DU
PARTICIPANT.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT DU PARTICIPANT

Capital assuré

Tranches de 5 000 \$

Minimum : 5 000 \$

Maximum : 60 000 \$

À compter du 1^{er} juin 2021 :

Un conjoint survivant d'un retraité peut obtenir de l'Assurance vie facultative du conjoint du participant en vertu de la présente garantie sur présentation de preuves d'assurabilité.

Les montants assurés et approuvés par l'assureur avant le 1^{er} juin 2021 font l'objet d'un droit acquis.

Réduction :

Le montant maximal de protection disponible en vertu de la présente garantie est réduit à 30 000 \$ au 75^e anniversaire de naissance du conjoint.

Terminaison :

Cette garantie se termine au décès du participant.

POUR ÊTRE ADMISSIBLE À LA PRÉSENTE GARANTIE, LE CONJOINT ASSURÉ DOIT ÊTRE ASSURÉ EN VERTU DE LA GARANTIE ASSURANCE VIE DE BASE DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE DU PARTICIPANT.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

HOSPITALISATION DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Franchise :	Remboursement :	Maximum quotidien :
aucune	100 %	tarif d'une chambre semi-privée

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

Franchise :	Remboursement :	Maximum par personne assurée :
aucune	100 %	5 000 000 \$ à vie

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

Franchise :	Remboursement :	Maximum par personne assurée :
aucune	100 %	5 000 \$ par voyage

SOINS À DOMICILE

Franchise :	Remboursement :	Maximum par personne assurée :
aucune	100 %	Selon les dispositions de la garantie Soins à domicile

FRAIS DE DÉPLACEMENT

Franchise :	Remboursement :	Maximum par personne assurée :
aucune	100 %	500 \$ par voyage (aller-retour), jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par année civile.

Remboursement

– autres frais médicaux : 80 %, selon les maximums indiqués aux pages suivantes.

– médicaments : 15 000 \$ par année civile,
par personne assurée

Terminaison :

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- * **Frais raisonnables et courants** : Les maximums alloués aux frais couverts énumérés ci-dessous sont limités aux frais raisonnables et courants normalement engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une maladie de même nature et de gravité équivalente.
Toutefois, cette restriction ne s'applique pas aux médicaments.

Frais médicaux

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par personne assurée *</u>
Honoraires d'infirmiers	Maximum admissible de 300 \$ par jour et maximum admissible de 10 000 \$ par année civile.
Transport ambulancier	Frais raisonnables et courants.* Ces frais sont remboursés à 100 %.
Médicaments (liste élargie)	15 000 \$ par année civile.
Vaccins de nature préventive	Maximum de 200 \$ par année civile.
Séjour dans une maison de convalescence (avec recommandation médicale)	Maximum de 85 \$ par jour; jusqu'à un maximum de 30 jours par invalidité. Ces frais sont remboursés à 100 %.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- * **Frais raisonnables et courants** : Les maximums alloués aux frais couverts énumérés ci-dessous sont limités aux frais raisonnables et courants normalement engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une maladie de même nature et de gravité équivalente.

Toutefois, cette restriction ne s'applique pas aux médicaments.

Frais médicaux (suite)

Frais couverts

Maximums par personne assurée *

Examens de laboratoire,
radiographies, échographies,
imagerie par résonance
magnétique, tomographies,
tomodensitométrie et tests de
pharmacogénétique

Maximum de 1 000 \$ par année
civile.

Honoraires des praticiens de
soins paramédicaux suivants :
psychologues, psychiatres et
travailleurs sociaux

Maximum de 750 \$ par année
civile pour l'ensemble de ces
spécialistes.

Ces frais sont remboursés à 50 %.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- * **Frais raisonnables et courants** : Les maximums alloués aux frais couverts énumérés ci-dessous sont limités aux frais raisonnables et courants normalement engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une maladie de même nature et de gravité équivalente.
Toutefois, cette restriction ne s'applique pas aux médicaments.

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par personne assurée *</u>
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants : chiropraticiens, physiothérapeutes, thérapeutes en réadaptation physique, ostéopathes, podiatres, acupuncteurs, ergothérapeutes, naturopathes, massothérapeutes, orthothérapeutes, kinésithérapeutes, homéopathes, diététistes, nutritionnistes, orthophonistes et audiologistes	Maximum admissible de 50 \$ par visite. Remboursement maximal combiné de 1 000 \$ par année civile (incluant un maximum admissible de 60 \$ par année civile pour les radiographies de chiropraticiens). Un traitement par jour.
Prothèses mammaires	Maximum de 150 \$ par période de 24 mois consécutifs.
Bas élastiques médicaux	3 paires par année civile.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- * **Frais raisonnables et courants** : Les maximums alloués aux frais couverts énumérés ci-dessous sont limités aux frais raisonnables et courants normalement engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une maladie de même nature et de gravité équivalente.
Toutefois, cette restriction ne s'applique pas aux médicaments.

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par personne assurée *</u>
Chaussures orthopédiques	Maximum de 500 \$ par année civile.
Stérilets	Frais raisonnables et courants.*
Appareils orthopédiques avec soutien rigide; soutiens dorsaux; harnais d'épaule; licous et collets cervicaux, attelles, autres que des attelles dentaires, plâtres, cannes, béquilles, cadres de marche et coussins de massage en profondeur de type Obusforme	Maximum de 750 \$ par année civile.
Prothèses capillaires	Maximum de 500 \$ par période de 48 mois.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- * **Frais raisonnables et courants** : Les maximums alloués aux frais couverts énumérés ci-dessous sont limités aux frais raisonnables et courants normalement engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une maladie de même nature et de gravité équivalente. Toutefois, cette restriction ne s'applique pas aux médicaments.

Frais médicaux (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par personne assurée</u> *
Injections sclérosantes	Maximum admissible de 20 \$ par jour.
Équipements thérapeutiques	Frais raisonnables et courants.*
Prothèses auditives	Maximum admissible de 2 000 \$ par période de 48 mois consécutifs.
Traitement pour la toxicomanie et l'alcoolisme	Maximum admissible de 50 \$ par jour et de 30 jours par année civile.
Soins dentaires suite à une blessure accidentelle	Maximum de 5 000 \$ par accident.
Chirurgie esthétique suite à un accident	Maximum de 15 000 \$ par accident.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Maximum admissible :

Le montant payable pour une demande de règlement sera le montant égal au maximum admissible tel qu'indiqué pour les frais couverts moins tout autre montant relatif à l'application du pourcentage de remboursement, le cas échéant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

SOINS À DOMICILE

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par personne assurée *</u>
Services d'aide à domicile	120 \$ par jour.
Frais de garde des enfants	25 \$ par jour, pour chacun des enfants.
Frais de transport	120 \$ par jour; Trois déplacements (aller et retour) par semaine; Maximum de 0,50 \$ du kilomètre pour l'utilisation d'une voiture personnelle.
Maximum global	Deux périodes de convalescence par année civile, jusqu'à un maximum de 30 jours par période.

CONDITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Acceptation des preuves d'assurabilité : La date d'acceptation de toute preuve d'assurabilité signifie la date de réception par l'assureur du dernier document qui lui permet d'accepter le risque que représente la personne.

Accident : La survenance soudaine, violente et imprévisible d'un événement extérieur à une personne et qui occasionne des lésions corporelles directement et indépendamment de toute autre cause.

Âge : L'âge au dernier anniversaire de naissance.

Année civile : La période qui s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre suivant inclusivement.

Assureur : Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Conjoint survivant : Tout conjoint d'un retraité décédé qui était assuré à titre de conjoint en vertu de la police collective au moment du décès du retraité et qui est membre en règle de l'Association Québécoise des Directeurs et Directrices d'Établissement d'Enseignement Retraités (AQDER).

Date de la retraite : La date à laquelle le participant reçoit une rente de retraite en vertu d'un régime de rentes auquel contribuait son employeur.

Jour : Un jour civil, sauf stipulation contraire dans la police collective.

Maladie : Toute détérioration de la santé qui nécessite des soins médicaux réguliers, continus et curatifs, donnés par un médecin.

Médecin : Une personne légalement licenciée et autorisée à pratiquer la médecine et qui le fait en respectant les limites imposées par sa licence.

Participant : Tout conjoint survivant d'un retraité résidant à temps plein au Canada et qui est assuré en vertu de la police collective.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Personne à charge : Le conjoint du participant ou un enfant du participant ou de son conjoint. Lorsque les personnes à charge sont assurées en vertu de la police collective, les termes «conjoint» et «enfant» sont définis ainsi :

a) Conjoint

La personne liée par un mariage ou une union civile à un participant ou la personne désignée par le participant, qu'il présente publiquement comme son conjoint et avec qui il cohabite en permanence depuis au moins 12 mois, ou moins, si un enfant est issu de leur union.

La dissolution du mariage par divorce ou annulation, de même que la séparation de fait depuis plus de 3 mois font perdre ce statut de conjoint aux fins de la police collective.

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

b) Enfant

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

- i) Être âgé de moins de 21 ans;
- ii) Être âgé de 21 ans ou plus mais de moins de 26 ans et fréquenter à temps plein une institution d'enseignement reconnue moyennant la présentation d'une preuve à la satisfaction de l'assureur; ou
- iii) Avoir un handicap mental ou physique et être incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice en raison de ce handicap, pourvu que le handicap en question se soit déclaré lorsqu'il était enfant tel que défini en vertu de i) ou ii), moyennant la présentation de preuves médicales adéquates.

Personne assurée : Un participant ou une personne à charge d'un participant qui est assuré en vertu de la police collective.

Résident à temps plein au Canada : Personne qui a un lieu de résidence permanent au Canada et qui réside au Canada au moins 182 jours par année.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Retraité : Tout directeur retraité ou directrice retraitée qui reçoit une rente de retraite en vertu d'un régime de retraite auquel contribuait l'employeur et qui est membre en règle de l'Association Québécoise des Directeurs et Directrices d'Établissement d'Enseignement Retraités (AQDER).

Spécialiste : Un médecin autorisé à pratiquer la médecine, avec une spécialisation, par l'organisme de réglementation provincial approprié.

MODIFICATION AUX RÉGIMES GOUVERNEMENTAUX

Les prestations prévues en vertu de la police collective sont établies en complémentarité des prestations prévues aux régimes gouvernementaux. Toute modification à ces régimes après la date de prise d'effet de la police collective n'aura pas pour effet de modifier les prestations prévues aux présentes, à moins qu'une entente de modification des garanties ne soit signée par les signataires autorisés de l'assureur et du titulaire.

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

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

INCONTESTABILITÉ

Si l'assureur exige des preuves d'assurabilité pour accepter

- a) l'assurance ou une garantie pour un participant ou une personne à charge; ou
- b) l'augmentation, l'ajout ou la modification de l'assurance ou d'une garantie pour un participant ou une personne à charge;

CONDITIONS GÉNÉRALES

les déclarations faites par le participant ou la personne à charge comme preuves d'assurabilité seront acceptées comme vraies et ne seront pas contestées par l'assureur après la dernière des dates énumérées ci-dessous, pourvu que le participant ou la personne à charge soit vivant à cette date :

- a) 2 ans après la date de prise d'effet de l'assurance ou de la garantie pour laquelle les preuves d'assurabilité ont été fournies; ou
- b) 2 ans après la date de prise d'effet de l'augmentation, de l'ajout ou de la modification de l'assurance ou de la garantie; ou
- c) 2 ans après la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance ou de la garantie.

Cependant, la présente restriction quant au droit de l'assureur de contester les preuves d'assurabilité ne s'applique pas en cas de fraude ou d'erreur sur l'âge.

Si l'assureur exige des preuves pour accepter une augmentation, un ajout ou une modification de l'assurance ou d'une garantie, son droit d'annuler l'assurance ou la garantie se limite à l'augmentation, à l'ajout ou à la modification en question.

MONNAIE LÉGALE

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

ASSURANCE CHEZ UN TIERS

Un participant admissible à l'Assurance maladie complémentaire et dont le conjoint bénéficie d'une assurance comparable peut renoncer à telle assurance qui lui est offerte en vertu de la police collective.

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

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

CONDITIONS GÉNÉRALES

La demande doit être faite dans les 90 jours suivant la cessation de l'assurance en vertu de la police du conjoint et l'assurance en vertu de la police collective entrera en vigueur le jour suivant la date de cessation de l'assurance en vertu de la police du conjoint.

Passé ce délai de 90 Jours, l'assurance en vertu de la police collective ne prendra effet qu'à la date à laquelle l'assureur recevra les preuves d'assurabilité et donnera acceptation des preuves d'assurabilité pour le conjoint survivant et pour ses personnes à charge, s'il y a lieu.

ADMISSIBILITÉ

Conjoint survivant

Un conjoint survivant devient admissible à l'assurance en vertu de la police collective à titre de participant à la date (sa «date d'admissibilité») à laquelle il satisfait aux exigences suivantes :

- a) Il répond à la définition de *Conjoint survivant* de la police collective; et
- b) Il réside à temps plein au Canada; et
- c) Il bénéficie d'une assurance en vertu du régime d'assurance maladie de sa province de résidence; et
- d) Il est membre en règle de l'Association Québécoise des Directeurs et Directrices d'Établissement d'Enseignement Retraités (AQDER).

Personnes à charge

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

- a) Elle répond à la définition d'une *Personne à charge* de la police collective; et
- b) Elle réside à temps plein au Canada; et
- c) Elle bénéficie d'une assurance en vertu du régime d'assurance maladie de sa province de résidence; et

CONDITIONS GÉNÉRALES

- d) Le conjoint survivant dont elle est à la charge est admissible à l'assurance en vertu de la police collective.

L'assurance des personnes à charge ne peut prendre effet avant la date de prise d'effet de l'assurance du conjoint survivant.

DEMANDE DE PARTICIPATION

Tout conjoint survivant qui devient admissible à l'assurance en vertu de la police collective doit remplir et présenter une demande de participation pour lui-même et pour chacune de ses personnes à charge, dans les 90 jours qui suivent la date du décès du retraité, au moyen des formulaires fournis par l'assureur ou de formulaires qui répondent à ses exigences.

Le conjoint survivant devient membre en règle de l'Association Québécoise des Directeurs et Directrices d'Établissement d'Enseignement Retraités (AQDER).

Le conjoint survivant obtient alors le statut de participant en vertu de la police collective et doit acquitter la prime selon l'âge atteint du conjoint survivant et le statut de protection demandé pour lui-même et ses enfants à charge, le cas échéant.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

Assurance vie sans preuves d'assurabilité

L'assurance d'un conjoint survivant et, s'il y a lieu, celle de ses enfants à charge, prennent effet à la date d'admissibilité de la personne, si la demande de participation est reçue par l'assureur dans les 90 jours qui suivent la date du décès du retraité.

Assurance vie avec preuves d'assurabilité

Conjoint survivant : Si l'assureur reçoit la demande de participation à l'assurance collective après un délai de 90 jours suivant la date du décès du retraité, l'assurance d'un conjoint survivant et, s'il y a lieu, celle de ses enfants à charge, prennent effet à la date à laquelle l'assureur reçoit les preuves d'assurabilité et donne acceptation des preuves d'assurabilité pour le conjoint survivant et pour ses personnes à charge, s'il y a lieu.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Conjoint d'un conjoint survivant : Pour les garanties d'assurance vie de la police collective, l'assurance prend effet à la date à laquelle l'assureur reçoit les preuves d'assurabilité et donne acceptation des preuves d'assurabilité pour le conjoint d'un conjoint survivant.

Assurance maladie complémentaire sans preuves d'assurabilité

L'assurance d'un conjoint survivant et, s'il y a lieu, celle de ses enfants à charge, prennent effet à la date d'admissibilité de la personne, si la demande de participation est reçue par l'assureur dans les 90 jours qui suivent la date du décès du retraité, dans le cas de la garantie d'assurance maladie complémentaire.

Assurance maladie complémentaire avec preuves d'assurabilité

Toutefois, pour la garantie d'assurance maladie complémentaire de la police collective, si l'assureur reçoit la demande de participation à l'assurance collective après un délai de 90 jours suivant la date d'admissibilité de la personne ou du décès du retraité dans le cas d'un conjoint survivant, l'assurance prend effet à la date à laquelle l'assureur reçoit les preuves d'assurabilité et donne acceptation des preuves d'assurabilité pour la personne en question.

FIN DE L'ASSURANCE

Participant

L'assurance du participant se termine d'office à la première des dates suivantes :

- a) La date de résiliation de la police collective;
- b) La date à laquelle le participant cesse de résider à temps plein au Canada;
- c) La date à laquelle le participant cesse d'être assuré par le régime d'assurance maladie de sa province de résidence;
- d) La date du décès du participant;
- e) La date à laquelle le participant cesse de payer la totalité de ses primes;
- f) La dernière des dates suivantes :
 - i) la date indiquée sur un avis écrit reçu du titulaire;

CONDITIONS GÉNÉRALES

- ii) la date de réception de cet avis par l'assureur.
- g) La date à laquelle le participant est incarcéré à la suite de la perpétration d'un acte criminel pour lequel il a été reconnu coupable;
- h) La date à laquelle le participant ne répond plus à la définition de *Conjoint survivant* de la police collective.

Personnes à charge

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

- a) La date à laquelle le participant dont elle est à charge cesse d'être assuré en vertu de la police collective.
- b) La date à laquelle la personne à charge ne répond plus à la définition de *Personne à charge* de la police collective.
- c) La date à laquelle la personne à charge atteint l'âge limite indiqué au Tableau sommaire.
- d) La date à laquelle la personne à charge cesse de résider à temps plein au Canada.
- e) La date à laquelle la personne à charge cesse d'être assurée par le régime d'assurance maladie de sa province de résidence.
- f) La dernière des dates suivantes :
 - i) la date indiquée sur un avis écrit reçu du titulaire;
 - ii) la date de réception de cet avis par l'assureur.
- g) La date à laquelle le participant cesse de payer la totalité de ses primes.

AVIS DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Assurance vie :

Toute demande de règlement d'Assurance vie doit être reçue par l'assureur le plus rapidement possible après la date de survenance du sinistre donnant droit à une prestation, mais dans tous les cas, à l'intérieur de la période d'un an de la date de survenance du sinistre.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Assurance maladie complémentaire :

Toute demande de règlement d'Assurance maladie complémentaire doit être reçue par l'assureur dans les 12 mois suivant la date de survenance du sinistre donnant droit à une prestation.

Cependant, si la police collective prend fin, une demande de règlement d'Assurance maladie complémentaire doit être soumise à l'assureur dans les 90 jours suivant la date de résiliation de la police collective.

Toute demande de règlement doit être faite sur les formulaires fournis à cet effet par l'assureur et comporter tous les renseignements jugés nécessaires par ce dernier pour lui permettre de l'évaluer. Si l'assureur ne reçoit pas tous les renseignements exigés, il se réserve le droit de rejeter la demande de règlement.

L'assureur se réserve le droit d'exiger des preuves ou renseignements additionnels relativement à toute demande de règlement lorsqu'il le juge nécessaire.

Si l'assureur ne reçoit pas la demande de règlement dans les délais susmentionnés, ou les preuves ou renseignements additionnels demandés, il se réserve le droit de rejeter la demande de règlement.

L'assureur entreprendra toute action nécessaire afin de repérer les demandes de règlement frauduleuses et de mener des enquêtes sur celles-ci en vertu de la police collective.

Un participant commet un crime s'il présente, en connaissance de cause et de façon intentionnelle, une demande de règlement qui contient de l'information erronée, incomplète ou trompeuse et avec l'intention de frauder l'assureur et le régime collectif.

L'assureur conserve le droit de vérifier les demandes de règlement à toute étape, et ce, même après avoir effectué le paiement, lorsqu'il soupçonne qu'une fraude a été commise ou qu'une fausse déclaration a été faite. Si l'assureur établit qu'un participant a, de façon intentionnelle, présenté une demande qui contient de l'information erronée ou trompeuse, l'assureur a le droit, à sa seule discrétion, d'en aviser le titulaire de la police, de refuser la demande de règlement ou d'exiger un remboursement si la demande a déjà fait l'objet d'un paiement. De plus, l'assureur aura le droit de mettre fin à la couverture complète du participant en vertu de la police, y compris de mettre fin à toute couverture souscrite pour les personnes à charge du participant, et l'assureur se réserve le

CONDITIONS GÉNÉRALES

droit de poursuivre en justice le participant conformément aux lois provinciales ou fédérales.

BÉNÉFICIAIRE

Le bénéficiaire du participant doit être la ou les personnes désignées par le participant, par écrit, pour recevoir la prestation en cas de décès payable en vertu de la garantie d'Assurance vie de base du participant et, s'il y a lieu, de la garantie d'Assurance décès et mutilation accidentels du participant, de la garantie d'Assurance vie facultative du participant et de la garantie d'Assurance facultative de décès et mutilation accidentels du participant. Si le participant ne désigne aucun bénéficiaire, toute prestation en cas de décès, qui devient payable en vertu des garanties susmentionnées, est versée à sa succession.

Toutes les prestations, autres que celles prévues par la garantie d'Assurance vie de base du participant, la garantie d'Assurance décès et mutilation accidentels du participant, la garantie d'Assurance vie facultative du participant et la garantie d'Assurance facultative de décès et mutilation accidentels du participant, sont payables seulement au participant, ou à sa succession, si le participant est décédé au moment du paiement des prestations.

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

L'assureur n'est pas responsable de la convenance ou de la validité de la désignation de bénéficiaire ni du changement de bénéficiaire.

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

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

CONDITIONS GÉNÉRALES

DROIT DE L'ASSUREUR DE FAIRE EXAMINER UN DEMANDEUR

L'assureur a le droit, lorsqu'il le juge nécessaire, de faire examiner par un médecin de son choix et à ses frais toute personne pour laquelle une demande de règlement est déposée. De plus, l'assureur se réserve le droit d'obtenir le rapport de tout médecin praticien qui a examiné la personne pour laquelle une demande de règlement est déposée.

L'assureur, à ses frais et à sa discrétion, a le droit d'interroger sous serment toute personne qui a déposé une demande de règlement ou pour laquelle une demande de règlement a été déposée en vertu de la police collective, peu importe si une action en justice a été déposée par la personne en question en vertu de la police collective et relativement à ladite demande de règlement.

SUBROGATION

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

Sans limiter la généralité de cette disposition, le terme «dommages-intérêts» comprend toute somme forfaitaire ou tout paiement périodique reçu en contrepartie de : i) toute perte de revenus passée, présente ou future; et ii) de toutes autres prestations payables par ailleurs en vertu de la police collective. Le participant ou la personne à charge devra rembourser à l'assureur la somme équivalant aux prestations payées ou payables par ailleurs à l'avenir en vertu de la police collective à même les dommages-intérêts obtenus en première instance ou avant le procès par quelque forme de règlement que ce soit, que le participant ou la personne à charge ait été pleinement indemnisé ou non pour sa perte.

Si le participant ou la personne à charge touche des dommages-intérêts en une somme forfaitaire, que ce soit sous forme de règlement ou par ordonnance du tribunal, et que rien n'a été prévu dans le règlement quant aux prestations payées ou payables par l'assureur, l'assureur se fera rembourser, à même les dommages-intérêts obtenus, le montant de toute prestation qui a été payée au participant ou à la personne à charge. De plus, l'assureur a le droit de se faire rembourser un montant, déterminé par l'assureur, qui reflète raisonnablement la

CONDITIONS GÉNÉRALES

valeur des prestations qui seraient payables au participant ou à la personne à charge en vertu de la police collective. Le montant récupéré par l'assureur à cet égard ne doit pas dépasser le montant des dommages-intérêts ou du règlement obtenu par le participant ou la personne à charge. Ce droit de remboursement s'applique quelles que soient les dispositions du règlement ou de l'allocation convenue entre le participant ou la personne à charge et le tiers ou autrement attribuée.

Si le participant ou la personne à charge omet de rembourser l'assureur conformément à la police collective, l'assureur cessera de verser des prestations jusqu'à ce qu'il ait récupéré : a) le montant total des prestations payées au participant ou à la personne à charge; et b) un montant, déterminé par l'assureur, qui reflète raisonnablement le montant total ou la valeur des prestations qui seraient payables au participant ou à la personne à charge. Le montant récupéré par l'assureur à cet égard ne doit pas dépasser le montant des dommages-intérêts ou du règlement obtenu par le participant ou la personne à charge. L'assureur aura également le droit de réclamer directement du participant ou de la personne à charge toute somme payée en trop, faute de remboursement.

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

Les demandes de subrogation de l'assureur ne doivent pas être réglées ni compromises de quelque manière que ce soit sans son consentement écrit préalable. Aucun règlement à l'égard d'une réclamation contre un tiers ne lie l'assureur s'il n'a pas donné son consentement préalable et, le cas échéant,

CONDITIONS GÉNÉRALES

l'assureur se réserve le droit de présenter une réclamation directement au participant ou à la personne à charge, conformément aux droits qui lui sont conférés en vertu de la police collective.

RESTRICTIONS RELATIVES AUX ACTIONS EN JUSTICE

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

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

ASSURANCE VIE DE BASE DU PARTICIPANT

Si le participant décède alors qu'il était couvert par la présente garantie, l'assureur s'engage à verser au bénéficiaire le capital assuré indiqué au Tableau sommaire, sous réserve des modalités et des conditions énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

DROIT DE TRANSFORMATION

Le participant dont l'assurance vie est résiliée au moment de son 65^e anniversaire de naissance ou avant en raison de la terminaison de :

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

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

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

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

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

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

ASSURANCE VIE DE BASE DU PARTICIPANT

- c) de la différence entre le montant pour lequel le participant était assuré immédiatement avant la fin de son assurance et le montant auquel il est admissible en vertu d'une nouvelle police d'assurance vie collective;
- d) 200 000 \$ (400 000 \$ pour les participants qui résident dans la province de Québec).

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

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

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

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

Un participant peut obtenir un montant d'assurance vie facultative à la condition d'en faire la demande écrite à l'assureur et de fournir les preuves d'assurabilité jugées nécessaires par l'assureur.

Le capital assuré dont le participant pourra se prévaloir correspondra au montant d'assurance demandé tel qu'indiqué au Tableau sommaire.

Si le participant décède alors qu'il était couvert par la présente garantie, l'assureur s'engage à verser au bénéficiaire le capital assuré au moment du décès du participant, sous réserve des conditions et des modalités énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

STATUT DE NON-FUMEUR

Si l'assureur offre des taux de primes réduits pour les non-fumeurs, le participant qui désire bénéficier de ces taux accordés aux non-fumeurs doit faire une déclaration de non-fumeur sur sa demande de participation à l'assurance vie facultative.

Fausse déclaration touchant le statut de non-fumeur

Le participant qui déclare être non-fumeur sur sa demande de participation ou sur sa dernière preuve de déclaration d'assurabilité, si elle est plus récente, alors qu'il est un fumeur, sera réputé avoir fait une fausse déclaration.

S'il est établi, après le décès du participant, que ce dernier a fait une fausse déclaration, l'assurance vie facultative de ce participant sera nulle et sans effet et aucune somme d'assurance vie facultative ne sera versée en vertu de la présente garantie.

Preuve de statut

L'assureur se réserve le droit d'exiger du participant qu'il fournisse de nouveau une déclaration de son statut de non-fumeur chaque fois que des preuves d'assurabilité deviennent exigibles.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT

EXCLUSION

Si un participant se suicide, sans égard à son état psychologique, et indépendamment de toute maladie ou déficience, moins de 24 mois suivant la date d'entrée en vigueur de sa protection en vertu de la présente garantie, aucune prestation ne sera versée par l'assureur. L'assureur ne remboursera au bénéficiaire que les primes relatives à l'assurance vie facultative perçues pour ce participant et ce remboursement le libérera de toutes obligations en vertu de la présente garantie.

Le délai de 24 mois débute à nouveau à la date à laquelle :

- a) l'assurance vie facultative est remise en vigueur; ou
- b) le montant d'assurance vie facultative est augmenté à la demande du participant, mais uniquement pour le montant d'assurance additionnel.

DISPOSITIONS SUPPLÉMENTAIRES

Toute disposition de la garantie Assurance vie de base du participant qui n'est pas incompatible aux dispositions de la présente garantie fait partie intégrante de la présente garantie.

ASSURANCE VIE DE BASE DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE DU PARTICIPANT

Si une personne à charge décède alors qu'elle était couverte par la présente garantie, l'assureur s'engage à verser au participant le capital assuré, tel qu'indiqué au Tableau sommaire, sous réserve des modalités et des conditions énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

DROIT DE TRANSFORMATION

Un participant dont l'assurance vie du conjoint est résiliée (i) avant ou au moment de son 65^e anniversaire de naissance ou (ii) avant ou au moment du 65^e anniversaire de naissance de son conjoint, selon le premier des deux événements, en raison de la terminaison de :

- a) son emploi;
- b) son appartenance au groupe; ou
- c) sa police collective et dont le conjoint n'a cessé d'être assuré par la garantie d'Assurance vie de base du conjoint et des enfants à charge du participant offerte par le titulaire de la police collective depuis au moins 5 ans,

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

Un conjoint dont l'assurance vie est résiliée (i) avant ou au moment de son 65^e anniversaire de naissance ou (ii) avant ou au moment du 65^e anniversaire de naissance du participant, selon le premier des deux événements, en raison du décès du participant, pourra transformer son assurance vie en tout ou en partie en une police d'assurance vie individuelle sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité.

Le participant ou le conjoint, le cas échéant, pourra transformer son assurance vie en un des types d'assurance suivants :

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

ASSURANCE VIE DE BASE DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE DU PARTICIPANT

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

- a) du montant choisi par le participant ou le conjoint, le cas échéant;
- b) du montant pour lequel le conjoint était assuré immédiatement avant la fin de son assurance; et
- c) de la différence entre le montant pour lequel le conjoint était assuré immédiatement avant la fin de son assurance et le montant auquel il est admissible en vertu d'une nouvelle police d'assurance vie collective; et
- d) 200 000 \$ (400 000 \$ pour les participants qui résident dans la province de Québec).

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

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

Advenant le décès du conjoint pendant la période de 31 jours suivant la date de la fin de son assurance, l'assureur versera au participant ou à sa succession un montant égal au montant d'assurance qui aurait pu être transformé, peu importe que le participant ou le conjoint, le cas échéant, ait ou non demandé de transformer son assurance en police individuelle.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT DU PARTICIPANT

Un participant peut obtenir, pour son conjoint, un montant d'assurance vie facultative à la condition d'en faire la demande écrite à l'assureur et de fournir les preuves d'assurabilité jugées nécessaires par l'assureur.

Le capital assuré dont le conjoint pourra se prévaloir correspondra au montant d'assurance demandé tel qu'indiqué au Tableau sommaire.

Si le conjoint décède alors qu'il était couvert par la présente garantie, l'assureur s'engage à verser au participant le capital assuré au moment du décès, sous réserve des modalités et des conditions énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

DROIT DE TRANSFORMATION

Un participant dont l'assurance vie facultative du conjoint est résiliée (i) avant ou au moment de son 65^e anniversaire de naissance ou (ii) avant ou au moment du 65^e anniversaire de naissance de son conjoint, selon le premier des deux événements, en raison de la terminaison de :

- a) son emploi;
- b) son appartenance au groupe; ou
- c) sa police collective et dont le conjoint n'a cessé d'être assuré par une garantie d'Assurance vie de base du conjoint du participant offerte par le titulaire de la police collective, depuis au moins 5 ans,

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

Un conjoint dont l'assurance vie facultative est résiliée (i) avant ou au moment de son 65^e anniversaire de naissance ou (ii) avant ou au moment du 65^e anniversaire de naissance du participant, selon le premier des deux événements, en raison du décès du participant, pourra transformer son assurance vie facultative en tout ou en partie en une police d'assurance vie individuelle sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité.

Le participant ou le conjoint, le cas échéant, pourra transformer son assurance vie facultative en un des types d'assurance suivants :

- a) permanente;

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT DU PARTICIPANT

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

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

- a) du montant choisi par le participant ou le conjoint, le cas échéant;
- b) du montant pour lequel le conjoint était assuré immédiatement avant la fin de son assurance; et
- c) de la différence entre le montant pour lequel le conjoint était assuré immédiatement avant la fin de son assurance et le montant auquel il est admissible en vertu d'une nouvelle police d'assurance vie collective; et
- d) 200 000 \$ (400 000 \$ pour les participants qui résident dans la province de Québec).

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

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

Advenant le décès du conjoint pendant la période de 31 jours suivant la date de la fin de son assurance, l'assureur versera au participant ou à sa succession un montant égal au montant d'assurance qui aurait pu être transformé, peu importe que le participant ou le conjoint, le cas échéant, ait ou non demandé de transformer son assurance en police individuelle.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT DU PARTICIPANT

STATUT DE NON-FUMEUR

Si l'assureur offre des taux de primes réduits pour les non-fumeurs, le conjoint qui désire bénéficier de ces taux accordés aux non-fumeurs doit faire une déclaration de non-fumeur sur sa demande de participation à l'assurance vie facultative.

Fausse déclaration touchant le statut de non-fumeur

Le conjoint qui déclare être non-fumeur sur la demande de participation ou sur sa dernière preuve de déclaration d'assurabilité, si elle est plus récente, alors qu'il est un fumeur, sera réputé avoir fait une fausse déclaration.

S'il est établi, après le décès du conjoint, que ce dernier a fait une fausse déclaration, l'assurance vie facultative de ce conjoint sera nulle et sans effet et aucune somme d'assurance vie facultative ne sera versée en vertu de la présente garantie.

Preuve de statut

L'assureur se réserve le droit d'exiger du conjoint qu'il fournisse de nouveau une déclaration de son statut de non-fumeur chaque fois que des preuves d'assurabilité deviennent exigibles.

EXCLUSION

Si une personne assurée se suicide, sans égard à son état psychologique, et indépendamment de toute maladie ou déficience, moins de 24 mois suivant la date d'entrée en vigueur de sa protection en vertu de la présente garantie, aucune prestation ne sera versée par l'assureur. L'assureur ne remboursera au participant que les primes relatives à l'assurance vie facultative perçues pour telle personne et le remboursement le libère de toutes les obligations en vertu de la présente garantie.

Le délai de 24 mois débute à nouveau à la date à laquelle :

- a) l'assurance vie facultative est remise en vigueur; ou

ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT DU PARTICIPANT

- b) le montant d'assurance vie facultative en vertu de la présente garantie est augmenté à la demande du participant, mais uniquement pour le montant d'assurance additionnel.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

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

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Hôpital : Une institution :

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

Maison de convalescence : Une institution ou une unité de soins légalement reconnue comme telle par l'organisme gouvernemental concerné, incluant les maisons pour personnes âgées ayant une section destinée aux soins des patients alités.

Les établissements de soins infirmiers, les maisons de repos, les maisons de réadaptation, les maisons de soins pour malades chroniques, les centres d'hébergement et de soins de longue durée et les centres pour alcooliques et toxicomanes sont exclus.

Nécessaire du point de vue médical : Approuvé par un médecin comme étant nécessaire au traitement d'un état qui est nuisible à la santé du patient.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Niveau de risque général pour les pays, les territoires ou les régions : Un des 4 niveaux de risque attribués par le gouvernement du Canada aux pays, territoires ou régions et qui déterminent les conditions de sécurité en vertu des Conseils aux voyageurs et avertissements du gouvernement du Canada :

- Niveau 1 : Prendre les mesures de sécurité normales;
- Niveau 2 : Faire preuve d'une grande prudence;
- Niveau 3 : Éviter tout voyage non essentiel;
- Niveau 4 : Éviter tout voyage, y compris tout voyage à bord d'un navire de croisière.

Prothèse : Appareil destiné à remplacer, en tout ou en partie, un membre ou un organe.

Urgence médicale : Un événement soudain et imprévu qui requiert une surveillance médicale immédiate.

HOSPITALISATION DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

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

- a) La personne assurée soit confinée à l'hôpital à titre de patient hospitalisé sur recommandation du médecin traitant et y reçoive un traitement curatif ou des soins relatifs à une grossesse;
- b) La personne assurée ait été hospitalisée pour des soins ponctuels et non pour des soins chroniques, des soins de longue durée ou pour des soins liés à une convalescence; et
- c) Les frais engagés soient reconnus jusqu'à concurrence du coût quotidien maximum tel que prévu à la grille des tarifs décrétés par l'organisme gouvernemental concerné.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

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

À compter du 1^{er} janvier 2021 :

Si à la date du départ de la personne assurée le gouvernement du Canada a attribué un niveau de risque général de 1, 2, ou 3, pour un pays, un territoire ou une région :

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

a) Selon le gouvernement du Canada

Le niveau de risque soit de 1 ou 2 :

L'urgence de nature médicale survienne au cours des premiers 180 jours de l'absence de la personne assurée de sa province de résidence, ou si l'absence est due au fait que la personne assurée fréquente à temps plein une institution d'enseignement agréée, l'urgence de nature médicale survienne durant l'année scolaire au cours de laquelle la personne assurée était inscrite à une institution d'enseignement; et

Le niveau de risque soit de 3 :

L'urgence de nature médicale survienne au cours des premiers 30 jours de l'absence de la personne assurée de sa province de résidence, ou si l'absence est due au fait que la personne assurée fréquente à temps plein une institution d'enseignement agréée, l'urgence de nature médicale survienne durant l'année scolaire au cours de laquelle la personne assurée était inscrite à une institution d'enseignement; et

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

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Si à la date du départ de la personne assurée le gouvernement du Canada a attribué un niveau de risque général de 4, pour un pays, un territoire ou une région :

Aucune protection n'est prévue en vertu de la présente garantie pour toute la durée de l'absence pour des raisons professionnelles, pour des vacances ou pour fréquenter à temps plein une institution d'enseignement agréée.

Changement du niveau de risque général après la date du départ, alors que la personne assurée est hors de sa province de résidence :

Si le gouvernement du Canada modifie le niveau de risque général attribué à un pays, un territoire ou une région après la date du départ de la personne assurée pour des raisons professionnelles, pour des vacances ou pour fréquenter à temps plein une institution d'enseignement agréée, les conditions suivantes s'appliquent :

Si le niveau de risque général était de 1 ou 2 à la date du départ, et que le niveau passe à 3 :

La personne assurée dispose de 14 jours pour revenir au Canada, et ce, à compter de la date du changement du niveau de risque, ou si l'absence est due au fait que la personne assurée fréquente à temps plein une institution d'enseignement agréée, la période applicable à l'année scolaire au cours de laquelle la personne assurée était inscrite à une institution d'enseignement; ou

Si le niveau de risque général était de 1 ou 2 à la date du départ, et que le niveau passe à 4 :

La personne assurée dispose de 14 jours pour revenir au Canada, et ce, à compter de la date du changement du niveau de risque.

Si le niveau de risque général était de 3 à la date du départ, et que le niveau passe à 1 ou 2 :

La personne assurée dispose des premiers 180 jours à compter de la date du départ, comme indiqué à la page précédente au paragraphe *Le niveau de risque de 1 ou 2*; ou si l'absence est due au fait que la personne assurée fréquente à temps plein une institution d'enseignement agréée, la période applicable à l'année scolaire au cours de laquelle la personne assurée était inscrite à une institution d'enseignement; ou

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Si le niveau de risque général était de 3 à la date du départ, et que le niveau passe à 4 :

La personne assurée dispose de 14 jours pour revenir au Canada, et ce, à compter de la date du changement du niveau de risque.

Le manquement à remplir ces conditions peut mener au refus de l'assureur de prendre en charge la demande de règlement de la personne assurée ou à la restriction de la demande de règlement résultant, directement ou indirectement, de l'urgence médicale.

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

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

- a) Les soins reçus d'un médecin;
- b) L'hébergement dans un hôpital tel que prévu à l'article Hospitalisation dans la province de résidence;
- c) Les services de nature médicale, les équipements et les appareils fournis lors d'une hospitalisation;
- d) Le diagnostic, les radiographies et les services de laboratoire;
- e) Les services paramédicaux fournis lors d'une hospitalisation;
- f) Les fournitures et les services fournis en clinique externe;
- g) Les médicaments;
- h) Les fournitures et les appareils médicaux fournis hors de l'hôpital;
- i) Le transport professionnel en ambulance de la personne assurée vers l'hôpital le plus proche qui possède l'équipement nécessaire afin de fournir le traitement médical requis;
- j) Les frais de location de fauteuil roulant, de lit d'hôpital et d'appareil d'assistance respiratoire;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- k) Les frais d'achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques;
- l) Les honoraires professionnels de chirurgien dentiste pour des lésions accidentelles aux dents naturelles, saines et entières, à la suite d'un accident survenu à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par accident. Ces frais ne doivent pas excéder ceux indiqués au barème d'honoraires provincial en vigueur pour les omnipraticiens de la province de résidence de la personne assurée et doivent être engagés dans les 12 mois suivant l'accident.

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

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

Si la personne assurée doit être hospitalisée hors de sa province de résidence en raison d'une urgence médicale, la personne assurée est tenue de communiquer avec le service d'assistance médicale désigné par l'assureur aussitôt que la personne assurée est raisonnablement en mesure de le faire après le début de son hospitalisation. Le manquement à remplir cette condition peut mener au refus de l'assureur de prendre en charge la demande de règlement de la personne assurée ou à la limitation de la demande de règlement résultant, directement ou indirectement, de l'urgence médicale.

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

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

- a) L'état de santé de la personne assurée n'était pas stable avant que l'absence de sa province de résidence débute; et

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- b) L'urgence médicale résulte directement ou indirectement de cet état de santé.

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

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

dans une période de 90 jours précédant cette absence.

FRAIS DE DÉPLACEMENT

DEFINITIONS

Transport collectif signifie un ensemble de modes de transport mettant en œuvre des véhicules adaptés à l'accueil simultané de plusieurs personnes à des fins commerciales. Pour les fins de cette garantie, les modes de Transport collectif reconnus sont : le taxi, l'autobus, l'avion et le bateau.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

FRAIS DE DÉPLACEMENT

Les frais suivants sont couverts à condition d'avoir été engagés alors que la Personne assurée était couverte par la présente garantie, jusqu'à concurrence des maximums prévus au Tableau sommaire :

- a) Frais de déplacement en Transport collectif engagés par la Personne assurée afin de consulter ou de recevoir des traitements Médicalement requis qui ne sont pas disponibles dans le système de santé public du lieu de résidence habituel de la Personne assurée.

Les frais de déplacement couverts sont :

- i) Le coût du déplacement en Transport collectif; ou
- ii) Le coût d'utilisation d'une automobile privée, à condition que la Personne assurée n'ait pas facilement accès à un service de Transport collectif. Ces frais sont toutefois limités aux frais qui auraient été engagés si la Personne assurée avait voyagé par autobus, à raison d'un maximum de 0,44 \$ du kilomètre.

Le remboursement des frais de déplacement est effectué selon l'option la moins coûteuse.

Les frais de déplacement sont couverts à condition que :

- i) Le déplacement ait été effectué selon un itinéraire raisonnablement direct; et
- ii) Le déplacement soit Médicalement requis tel qu'attesté par écrit par le Médecin traitant, autre que lui-même; et
- iii) Des soins médicaux sensiblement équivalents ne soient pas disponibles dans un rayon de 200 km du lieu de résidence habituel de la Personne assurée; et
- iv) Les soins médicaux soient rendus dans une installation ou un établissement du système de santé public; et
- v) Le déplacement soit occasionné uniquement pour consultation ou traitement à l'intérieur de la province de résidence.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

b) Les frais d'hébergement couverts sont :

- i) Les frais de subsistance pour le logement et les repas dans un établissement commercial lorsqu'une Personne assurée doit reporter son retour tel qu'attesté par écrit par le Médecin traitant, sous réserve d'un Remboursement quotidien maximal de 150 \$.

Les frais d'hébergement sont couverts à condition que :

- i) Le Médecin traitant atteste par écrit que la consultation ou les soins requièrent un séjour; et
- ii) Les dépenses d'hébergement et de transport soient réputées être nécessaires et raisonnables par l'assureur; et
- iii) Les dépenses d'hébergement soient occasionnées uniquement par le déplacement de la Personne assurée afin de recevoir les soins médicaux spécialisés couverts par la présente garantie.

En plus des exclusions et réductions énumérées dans la présente garantie, les Frais de déplacement ne couvrent pas les éléments suivants :

- a) Frais de déplacement pour aller chercher un appareil ou un médicament.
- b) Frais pour les consultations ou les traitements, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie.

Advenant le déplacement d'une Personne assurée alors qu'elle reçoit des prestations en vertu de la présente garantie, la Personne assurée peut faire la demande de prestations supplémentaires par écrit auprès de l'assureur, jusqu'à concurrence des maximums prévus au Tableau sommaire, pour couvrir les dépenses réelles relatives à l'hébergement et au transport engagées par un accompagnateur à condition que :

- a) Le Médecin traitant atteste par écrit que la Personne assurée est incapable de se déplacer seule pour obtenir les soins médicaux; et
- b) Toutes les conditions imposées aux frais de déplacement et d'hébergement de la Personne assurée soient respectées.

Remarque

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Ces frais peuvent être admissibles à un remboursement en vertu d'un programme mis sur pied par certains Centres de santé et de services sociaux. Ce programme est toutefois administré par l'établissement responsable du traitement de l'assuré. Afin de vérifier l'existence d'un tel programme dans sa région de résidence, l'assuré est prié de communiquer avec le centre hospitalier, le CLSC ou le Centre de santé et de services sociaux. Ces organismes sont premiers payeurs et seuls les frais non remboursés par ces organismes sont admissibles.

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

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

- a) Services fournis au domicile de la personne assurée par un infirmier autorisé ou par un infirmier auxiliaire, à condition que :
 - i) Les services rendus soient prescrits par un médecin et approuvés au préalable par l'assureur;
 - ii) Les services soient nécessaires du point de vue médical;
 - iii) Les services soient de l'ordre de ceux fournis par un infirmier autorisé ou par un infirmier auxiliaire; et;
 - iv) L'infirmier autorisé ou l'infirmier auxiliaire ne possèdent aucun lien de parenté avec la personne assurée et ne demeurent pas avec elle normalement.
- b) Le service ambulancier professionnel pour le transport en cas d'urgence médicale jusqu'à l'hôpital le plus proche équipé pour fournir les traitements nécessaires ou pour le transport depuis l'hôpital, lorsque l'état de la personne assurée empêche l'utilisation d'un autre moyen de transport, incluant le coût des traitements d'oxygénothérapie reçus durant le transport.
- c) Les médicaments (y compris les vaccins de nature préventive) obtenus sur l'ordonnance d'un médecin ou d'un chirurgien-dentiste et délivrés par

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

un pharmacien licencié, ou tout autre professionnel de la santé lorsqu'il est autorisé par l'organisme gouvernemental concerné, à l'exception des médicaments énumérés dans la liste du Régime général d'assurance médicaments du Québec et des produits exclus à l'article Exclusions et réductions de la présente garantie.

- Les médicaments visés par la présente clause sont ceux inscrits à l'édition courante du fichier de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et dont l'utilisation est conforme aux indications approuvées par les autorités gouvernementales ou, à défaut, par le fabricant;
- Dans le cas de médicaments injectés en cabinet privé d'un professionnel de la santé, seule la substance injectée est couverte et non l'acte médical;
- L'équipement lié à l'injection d'insuline tels les aiguilles, les seringues, les lancettes et le matériel pour des tests de diagnostic.

Restrictions quant à l'exécution des ordonnances

La quantité de médicaments pouvant être distribuée pour toute ordonnance sera limitée à la quantité suffisante pour une période pouvant aller jusqu'à 90 jours.

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

Dans le cadre de son processus de préautorisation, l'assureur peut demander qu'un médicament soit acheté par l'entremise du réseau de pharmacies privilégiées qui a été approuvé par l'assureur. Si la personne assurée choisissait d'utiliser une autre pharmacie, le montant remboursé à la personne assurée sera basé sur le montant qui aurait été facturé par le réseau de pharmacies approuvé par l'assureur. L'assureur ne sera pas responsable de tout montant en excès du montant qui aurait été remboursé si la personne assurée avait utilisé le réseau de pharmacies approuvé.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

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

Si le médicament est un Médicament d'origine qui possède un équivalent générique, le montant remboursable sera fondé sur le coût du médicament interchangeable le moins cher. Cependant, si la Personne assurée fournit des preuves satisfaisantes à l'assureur indiquant que, pour une raison médicale valable confirmée par son Médecin traitant, elle doit prendre le Médicament d'origine, l'assureur effectuera le remboursement en fonction du coût du médicament prescrit admissible.

S'il est pris comme décrit ci-dessus, le médicament interchangeable le moins cher comprendra, sans s'y limiter :

- i) Un médicament de relais pour le Médicament d'origine considéré comme interchangeable par la loi; ou
 - ii) Un produit biologique ultérieur.
- d) Séjour dans une maison de convalescence, pourvu que :
- le séjour soit recommandé par un médecin;
 - les services offerts soient nécessaires du point de vue médical;
 - le séjour débute moins de 14 jours après la fin d'une hospitalisation ou d'une chirurgie;
- e) Frais pour les examens de laboratoire, les radiographies, échographies, l'imagerie par résonance magnétique, les tomographies, la tomodensitométrie et les tests de pharmacogénétique à des fins de diagnostic, autres que les frais de radiographies d'un chiropraticien, pourvu que :
- i) la couverture de ces examens et services ne soit pas interdite par une législation provinciale;
 - ii) les examens et services soient effectués dans un établissement autorisé à effectuer de tels examens et services; et

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- iii) les examens et les services aient été nécessaires au diagnostic d'une maladie ou d'une blessure ou afin de déterminer l'efficacité du traitement prescrit ou reçu;
- f) Honoraires pour des soins paramédicaux donnés par l'un des praticiens énumérés au Tableau sommaire, fournis par un praticien dûment autorisé par un organisme provincial ou fédéral responsable à pratiquer sa profession dans les limites définies par les règles de cette profession.

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

Toutefois, les traitements donnés par un technicien en réadaptation physique ne sont reconnus par l'assureur que s'ils sont donnés sous la supervision d'un physiothérapeute ou d'un physiatre.

Dans le cas du naturopathe, seules sont admissibles les consultations visant à obtenir des conseils alimentaires, ou établir un bilan de santé ou un régime à base de produits naturels;
- g) Frais pour des radiographies faites par un chiropraticien;
- h) Frais pour la location ou, au choix de l'assureur, pour l'achat de l'équipement et du matériel médicaux suivants, à condition qu'ils soient prescrits par un médecin :
 - i) prothèses mammaires;
 - ii) bas élastiques médicaux prescrits pour le traitement des varices ou requis en raison de brûlures graves ou d'une intervention chirurgicale;
 - iii) chaussures orthopédiques dont la nécessité a été déterminée médicalement par un professionnel de la santé qui exerce dans les limites définies par l'organisme de réglementation provincial approprié et qui ont été fabriquées sur mesure, personnalisées ou moulées sur commande pour la personne assurée par un spécialiste diplômé dans le domaine de la fabrication de chaussures orthopédiques. Les chaussures orthopédiques

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

vendues dans les commerces qui n'ont pas été personnalisées pour la personne assurée ne sont pas couvertes;

- iv) stérilets, lorsque prescrits par un médecin;
 - v) appareils orthopédiques avec soutien rigide; soutiens dorsaux; harnais d'épaule; licous et collets cervicaux;
 - vi) attelles, autres que des attelles dentaires, et plâtres;
 - vii) cannes, béquilles, cadres de marche et coussins de massage en profondeur de type Obusforme;
 - viii) injections sclérosantes;
 - ix) prothèses capillaires.
- i) Équipements thérapeutiques suivants :
- i) appareil d'aérosolthérapie, tente d'inhalation, nébuliseurs pour la fibrose kystique, l'emphysème aigu, une bronchite obstructive chronique ou l'asthme chronique;
 - ii) moniteurs d'apnée pour les dysrythmies respiratoires;
 - iii) respirateur médical à pression positive intermittente;
 - iv) cathéters;
 - v) neurostimulateur percutané;
 - vi) appareils de contrôle et d'administration (y compris les pompes à insuline) liés au diabète, sauf l'équipement lié à l'injection d'insuline tels les aiguilles, les seringues, les lancettes et le matériel pour des tests de diagnostic;
 - vii) tente à oxygène et fournitures pour l'administration d'oxygène (concentrateur d'oxygène, concentrateur portatif, connecteur d'oxygène/adaptateur, panier/chariot et oxygène de transport), à l'exclusion du sac de transport;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- viii) frais reliés à un appareil et matériel pour une colostomie ou une iléostomie;
- ix) lits d'hôpital à commande manuelle ou lits d'hôpital à commande électrique, lorsque la personne assurée n'est pas en mesure d'utiliser un lit d'hôpital à commande manuelle en raison d'un état médical, y compris les côtés et les trapèzes pour lit;
- x) fauteuils roulants manuels ou fauteuils roulants électriques, lorsque la personne assurée n'est pas en mesure de conduire un fauteuil roulant manuel en raison d'un état médical;
- xi) prothèses artificielles, y compris les réparations et les remplacements;
- j) Frais de location ou d'achat de prothèses auditives ou autres dispositifs connexes (y compris les réparations et les remplacements, mais pas les piles) et les services professionnels d'un audioprothésiste, par suite de l'achat de la prothèse ou d'un dispositif connexe, s'ils sont prescrits par un médecin ou un audiologiste;
- k) Frais engagés dans un établissement où l'on traite la toxicomanie et l'alcoolisme (y compris les coûts d'hébergement et des soins infirmiers) pourvu que :
 - i) la personne assurée soit traitée pour toxicomanie ou alcoolisme dans l'établissement;
 - ii) l'établissement soit autorisé légalement à fournir des soins et des traitements sur une base régulière à ceux qui sont aux prises avec des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme, et que, l'établissement soit géré conformément aux lois du territoire où il est situé et;
 - iii) l'assureur ait approuvé l'établissement avant que les frais ne soient engagés;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- l) Soins dentaires donnés hors de l'hôpital par un dentiste et rendus nécessaires par suite d'une blessure accidentelle aux dents naturelles, saines et entières, à condition que :
 - i) la blessure accidentelle soit survenue alors que la personne assurée était couverte par la présente garantie;
 - ii) les soins soient les moins dispendieux qui puissent être fournis pour un traitement professionnel adéquat;
 - iii) les frais ne dépassent pas le montant indiqué pour le traitement dans le barème d'honoraires provincial en vigueur pour les omnipraticiens dans la province de résidence du participant; et
 - iv) les soins soient reçus au cours des 12 mois qui suivent la date de la blessure accidentelle.

Les autres frais dentaires non liés à la blessure accidentelle sont exclus;

- m) Frais de chirurgie esthétique rendue nécessaire à la suite d'un accident survenu alors que la personne était assurée, à la condition que les traitements débutent dans les 12 mois de la date de l'accident et se terminent dans les 24 mois de cette date.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

La présente garantie ne couvre pas les frais :

- a) payables ou remboursables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été présentée;
- b) pour une blessure ou une maladie ou tous frais résultant, directement ou indirectement, de toute blessure que la personne assurée s'inflige, sauf si les preuves médicales démontrent que la blessure est directement liée à un problème de santé mentale;
- c) pour une blessure ou une maladie résultant d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- d) pour une blessure ou une maladie résultant de la perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel ou de la provocation d'une agression;
- e) encourus durant l'engagement de la personne assurée comme membre actif des forces armées de n'importe quel pays;
- f) pour tout traitement ou appareil visant à corriger la dimension verticale, ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire, ou tous frais pour des soins dentaires;
- g) pour tous les soins ou traitements qui ne sont pas médicalement nécessaires, qui sont donnés dans un but esthétique ou dans un but autre que curatif, qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique, ou un traitement de nature expérimentale;
- h) pour tous les soins ou traitements inscrits dans le cadre d'un programme de recherche et de développement de produit dont l'usage n'est pas recommandé par le fabricant ou n'est pas conforme aux normes gouvernementales;
- i) pour tous les soins ou traitements pour une blessure ou une maladie qui ne sont pas reconnus d'usage courant, usuel et coutumier pour une telle blessure ou maladie;
- j) pour la partie des frais en excédent des frais raisonnables et courants normalement engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une maladie de même nature et de gravité équivalente;
- k) pour les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de la personne assurée;
- l) pour tout voyage de santé ou cure de repos;
- m) pour l'examen des yeux ou pour les lunettes et les lentilles cornéennes;
- n) pour tous les soins ou traitements reliés à la fertilité ou l'infertilité;
- o) pour l'achat ou la location de tout appareil de confort, de massage et d'accessoires domestiques qui ne sont pas requis exclusivement pour un usage médical;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- p) pour l'achat de services ou de fournitures ayant pour seul objet de faciliter la participation de la personne assurée dans des sports ou des activités de loisirs, et non pour des activités quotidiennes;
- q) pour les vaccins de nature préventive et l'administration de sérums, de vaccins et de médicaments injectables, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- r) pour les contraceptifs (autres qu'oraux), sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- s) pour les produits suivants, sauf s'ils ne peuvent être obtenus que sur l'ordonnance d'un médecin et sont délivrés par un pharmacien licencié :
- produits pour l'entretien des lentilles cornéennes;
 - protéines ou suppléments diététiques, acides aminés;
 - aliments pour bébés;
 - rince-bouches, pansements et pastilles;
 - shampoings, huiles, crèmes, écrans solaires*;
 - produits de toilette, y compris les savons et les émollients;
 - substances adoucissantes et protectrices pour la peau;
 - vitamines, suppléments vitaminiques ou multivitamines;
 - minéraux;
 - produits homéopathiques ou dits «naturels»;
 - stéroïdes anabolisants;
- * *Les écrans solaires nécessaires au traitement des personnes atteintes d'une maladie requérant de tels produits peuvent être couverts.*
- t) pour les médicaments énumérés dans la liste du Régime général d'assurance médicaments du Québec;
- u) pour les médicaments biologiques dont la version biosimilaire est inscrite sur la liste des médicaments assurés par la RAMQ en vertu du Régime général d'assurance médicaments du Québec;
- v) pour toute contribution au paiement du coût des services pharmaceutiques et des médicaments que doit assumer la personne

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

assurée en vertu du Régime général d'assurance-médicaments du Québec;

- w) pour les médicaments visant à améliorer la qualité de vie, tels que les médicaments liés aux problèmes de dysfonction érectile, d'infertilité, de perte des cheveux ou de manque de croissance;
- x) pour les médicaments dont la couverture est exclue par l'assureur en vertu de la disposition Restrictions quant à l'exécution des ordonnances de la présente garantie;
- y) pour les médicaments sur ordonnance dispensés par une clinique ou une pharmacie non accréditée d'un hôpital ou pour les traitements ambulatoires, y compris les médicaments dits d'urgence ou de recherche;
- z) pour les soins ou traitements reçus hors de la province de résidence en raison d'une situation d'urgence médicale liée (i) à une grossesse, si l'urgence médicale survient après la 32^e semaine de grossesse ou (ii) au déclenchement volontaire d'un avortement;
- aa) pour les soins ou traitements reçus hors de la province de résidence en raison d'une situation d'urgence médicale, si à la date du départ de la personne assurée le gouvernement du Canada avait attribué un niveau de risque général de 4, pour un pays, un territoire ou une région;
- bb) pour tout soin ou traitement qui a été prodigué par un fournisseur de soins de santé ou un fournisseur de services qui :
 - i) a été accusé d'avoir commis une faute professionnelle ou d'avoir eu recours à des pratiques déloyales; ou
 - ii) fait l'objet d'une enquête menée par un organisme officiel relativement à une loi ou à un règlement; ou
 - iii) fait l'objet d'une enquête menée par l'assureur relativement à sa conduite professionnelle ou à sa pratique; ou
 - iv) exerce une profession qui n'est pas réglementée par un organisme de réglementation fédéral ou provincial reconnu de façon officielle et compétent dans le territoire où les services ont été fournis; ou

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- v) selon l'avis raisonnable de l'assureur, ne satisfait pas aux standards de l'assureur relatifs à sa conduite professionnelle ou à sa pratique; ou
- vi) est un employé, un entrepreneur, un dirigeant ou un membre de
 - toute entreprise, tout groupe ou toute association dont il est fait mention dans les sous-paragraphe i) à v); ou
 - toute entité qui est affiliée ou liée à telle entreprise, tel groupe ou telle association.

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

CALCUL DU REMBOURSEMENT

Franchise

La franchise, s'il y a lieu, doit être payée par la personne assurée durant l'année civile, avant que des prestations soient payables en vertu de la présente garantie. Le montant de la franchise exigible est indiqué au Tableau sommaire.

Report de la franchise

Si la franchise a été acquittée en tout ou en partie par le paiement de frais couverts engagés au cours des 3 derniers mois d'une année civile, le montant des frais couverts engagés au cours de ces 3 derniers mois, et qui ont été utilisés pour acquitter la franchise pour cette année civile, sera reporté et utilisé pour acquitter la franchise de l'année civile suivante.

Remboursement

L'assureur rembourse le pourcentage des frais couverts engagés, tel qu'indiqué au Tableau sommaire, lorsque la franchise a été acquittée.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Maximum par personne assurée

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

Coordination des prestations

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

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

DROIT DE TRANSFORMATION

Le participant dont l'assurance maladie complémentaire est résiliée en raison de la terminaison de :

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

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

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

Le participant doit présenter une demande et payer toutes les primes exigées relativement au contrat d'assurance maladie individuelle dans un délai de 60 jours suivant la date de terminaison de son assurance en vertu de la police collective. Si aucune demande n'est présentée et aucune prime n'est payée

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

dans un tel délai de 60 jours, le participant ne pourra être assuré en vertu du contrat d'assurance maladie individuelle.

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

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – SOINS À DOMICILE

L'assureur s'engage à rembourser les frais pour les soins et services engagés à domicile **par la suite d'une hospitalisation au Canada ou d'une chirurgie d'un jour nécessitant une période de convalescence**, sous réserve des conditions ci-après énoncées et des conditions de la police collective, pourvu que (i) la personne assurée soit incapable d'accomplir au moins une des activités quotidiennes de base et que (ii) le médecin traitant de la personne assurée fournisse des renseignements médicaux concernant l'hospitalisation ou la chirurgie et la date à laquelle elle a eu lieu.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Activités quotidiennes de base :

- a) **se nourrir** : préparer ses repas et se nourrir;
- b) **s'habiller** : rassembler ses vêtements et s'habiller (par exemple, attacher ses chaussures ou boutonner une chemise);
- c) **utiliser les toilettes**;
- d) **se déplacer (du lit au fauteuil)** : se coucher dans son lit et se lever de ce dernier ou s'asseoir dans un fauteuil ou se lever de ce dernier. Une personne ne pouvant se déplacer qu'à l'aide d'une canne ou d'un cadre de marche est considérée comme incapable de se déplacer;
- e) **faire sa toilette personnelle** : entrer dans son bain ou sa douche et en sortir, ainsi que se laver.

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

Fournisseur de services d'aide à domicile : Une personne travaillant moyennant rémunération pour une coopérative ou une agence incorporée ou enregis-

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE - SOINS À DOMICILE

trée spécialisée en soins à domicile, de même que tout travailleur autonome recevant un contrat d'une telle coopérative ou agence.

Hospitalisation : L'occupation d'une chambre d'hôpital à titre de patient alité admis, s'il y a émission d'une facture pour chambre et hébergement en lien avec cette hospitalisation. La chirurgie d'un jour est considérée comme une période d'hospitalisation.

Membre de la famille immédiate : Le conjoint, le père, la mère, un enfant, un frère ou une sœur de la personne assurée.

FRAIS COUVERTS

Les frais pour les services suivants sont couverts à condition de n'avoir été engagés qu'après la date de prise d'effet de l'assurance de la personne assurée :

a) Services d'aide à domicile :

Les services suivants sont couverts, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire :

- i) assistance pour accomplir une activité quotidienne de base;
- ii) entretien ménager (entretien régulier du domicile, y compris le ménage, la vaisselle et la lessive);
- iii) entretien régulier à l'extérieur du domicile (enlèvement de la neige, tonte de la pelouse);
- iv) préparation des repas;
- v) accompagnement à des rendez-vous médicaux.

Les services rendus par un fournisseur doivent être dispensés au domicile de la personne assurée.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE - SOINS À DOMICILE

b) Frais de garde des enfants de 13 ans et moins :

Les frais de garde des enfants à charge du participant, à son domicile ou dans un service de garde, jusqu'à concurrence du maximum quotidien indiqué au Tableau sommaire. La personne qui dispense les services de garde ne doit pas être membre de la famille immédiate de la personne assurée et ne doit pas résider habituellement avec elle.

Seuls les frais en excédent de ceux engagés par le participant ou son conjoint avant la période de convalescence de la personne assurée concernée sont couverts en vertu de la présente garantie.

c) Frais de transport :

Les frais de transport engagés par la personne assurée afin de recevoir des soins médicaux ou d'assurer un suivi médical consécutifs à l'hospitalisation ou la chirurgie d'un jour, jusqu'à concurrence des maximums indiqués au Tableau sommaire.

Les frais de transport couverts sont :

- i) le coût du déplacement en transport en commun ou en taxi, ou
- ii) le coût d'utilisation d'une automobile privée plus les frais de stationnement.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

En plus des exclusions et réductions énumérées dans la garantie Assurance maladie complémentaire, la présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :

- a) Les frais engagés à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour prévue avant l'entrée en vigueur de la présente garantie.
- b) Les frais engagés alors que la personne assurée est en mesure d'accomplir toutes les activités quotidiennes de base ou après qu'elle est retournée au travail.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE - SOINS À DOMICILE

- c) Les frais engagés à la suite d'une hospitalisation résultant d'un accouchement, sauf dans le cas où la personne assurée demeure à l'hôpital pour une période de 7 jours ou plus après l'accouchement sur la recommandation du médecin traitant.
- d) Les frais engagés pour les services rendus plus de 60 jours après que la personne assurée est sortie de l'hôpital ou a subi une chirurgie d'un jour, selon le cas.

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

À compter du 1^{er} janvier 2021 :

Si à la date du départ de la personne assurée le gouvernement du Canada a attribué un niveau de risque général de 1, 2, ou 3, pour un pays, un territoire ou une région :

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

- a) La personne assurée soit couverte par la garantie Assurance maladie complémentaire au moment où survient la situation d'urgence; et
- b) **Selon le gouvernement du Canada**

Le niveau de risque soit de 1 ou 2 :

L'urgence survienne au cours des premiers 180 jours de l'absence de la personne assurée de sa province de résidence, ou si l'absence est due au fait que la personne assurée fréquente à temps plein une institution d'enseignement agréée, l'urgence survienne durant l'année scolaire au cours de laquelle la personne assurée était inscrite à une institution d'enseignement; et

Le niveau de risque soit de 3 :

L'urgence survienne au cours des premiers 30 jours de l'absence de la personne assurée de sa province de résidence, ou si l'absence est due au fait que la personne assurée fréquente à temps plein une institution d'enseignement agréée, l'urgence survienne durant l'année scolaire au cours de laquelle la personne assurée était inscrite à une institution d'enseignement; et

- c) L'absence de la personne assurée soit pour des raisons professionnelles, pour des vacances ou pour fréquenter à temps plein une institution d'enseignement agréée; et
- d) En cas d'urgence médicale, l'urgence soit couverte en vertu de l'article Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de la garantie Assurance maladie complémentaire.

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

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

Si à la date du départ de la personne assurée le gouvernement du Canada a attribué un niveau de risque général de 4, pour un pays, un territoire ou une région :

Aucune protection n'est prévue en vertu de la présente garantie pour toute la durée de l'absence pour des raisons professionnelles, pour des vacances ou pour fréquenter à temps plein une institution d'enseignement agréée.

Changement du niveau de risque général après la date du départ, alors que la personne assurée est hors de sa province de résidence :

Si le gouvernement du Canada modifie le niveau de risque général attribué à un pays, un territoire ou une région après la date du départ de la personne assurée pour des raisons professionnelles, pour des vacances ou pour fréquenter à temps plein une institution d'enseignement agréée, les conditions suivantes s'appliquent :

Si le niveau de risque général était de 1 ou 2 à la date du départ, et que le niveau passe à 3 :

La personne assurée dispose de 14 jours pour revenir au Canada, et ce, à compter de la date du changement du niveau de risque, ou si l'absence est due au fait que la personne assurée fréquente à temps plein une institution d'enseignement agréée, la période applicable à l'année scolaire au cours de laquelle la personne assurée était inscrite à une institution d'enseignement; ou

Si le niveau de risque général était de 1 ou 2 à la date du départ, et que le niveau passe à 4 :

La personne assurée dispose de 14 jours pour revenir au Canada, et ce, à compter de la date du changement du niveau de risque.

Si le niveau de risque général était de 3 à la date du départ, et que le niveau passe à 1 ou 2 :

La personne assurée dispose des premiers 180 jours à compter de la date du départ comme indiqué à la page précédente au paragraphe *Le niveau de risque de 1 ou 2*; ou si l'absence est due au fait que la personne assurée fréquente à

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

temps plein une institution d'enseignement agréée, la période applicable à l'année scolaire au cours de laquelle la personne assurée était inscrite à une institution d'enseignement; ou

Si le niveau de risque général était de 3 à la date du départ, et que le niveau passe à 4 :

La personne assurée dispose de 14 jours pour revenir au Canada, et ce, à compter de la date du changement du niveau de risque.

Le manquement à remplir ces conditions peut mener au refus de l'assureur de prendre en charge la demande de règlement de la personne assurée ou à la restriction de la demande de règlement résultant, directement ou indirectement, de l'urgence médicale.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Membre de la famille immédiate : Le conjoint, le père, la mère, un enfant, un frère ou une sœur de la personne assurée.

Niveau de risque général pour les pays, les territoires ou les régions : Un des 4 niveaux de risque attribués par le gouvernement du Canada aux pays, territoires ou régions et qui déterminent les conditions de sécurité en vertu des Conseils aux voyageurs et avertissements du gouvernement du Canada :

- Niveau 1 : Prendre les mesures de sécurité normales;
- Niveau 2 : Faire preuve d'une grande prudence;
- Niveau 3 : Éviter tout voyage non essentiel;
- Niveau 4 : Éviter tout voyage, y compris tout voyage à bord d'un navire de croisière.

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

SERVICES D'ASSISTANCE MÉDICALE

Les services médicaux suivants sont disponibles en cas d'urgence :

a) Accès à un service téléphonique jour et nuit

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

b) Soins médicaux

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

- Si la personne assurée n'est pas en mesure de localiser un médecin ou un hôpital, diriger cette personne vers un médecin ou un hôpital approprié.
- Organiser des consultations avec des médecins généralistes ou des spécialistes afin d'obtenir les meilleurs soins médicaux disponibles dans la région, à la demande de la personne assurée.
- Aider à l'admission dans un hôpital.
- Confirmer, aux médecins et aux hôpitaux, que la police collective de la personne assurée couvrira les frais médicaux de la personne assurée.

c) Transport médical

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

- Organiser et payer le transport ou le transfert de la personne assurée à un hôpital par tout moyen approprié recommandé par le médecin traitant, ceci en accord avec le fournisseur de services d'assistance médicale.

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

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

d) Paiement des dépenses médicales et avance de fonds

- Le fournisseur de services d'assistance médicale prend les arrangements nécessaires au paiement des dépenses médicales couvertes en vertu de l'article Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de la garantie Assurance maladie complémentaire.
- Si cela s'avère nécessaire pour que la personne assurée reçoive des soins médicaux, le fournisseur de services d'assistance médicale avance des fonds, après accord préalable de l'assureur, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, en monnaie légale du Canada.

e) Rapatriement de la dépouille mortelle

- À la suite du décès de la personne assurée, le fournisseur de services d'assistance médicale s'occupe des formalités à accomplir et du paiement de tous les frais liés au transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation dans sa province de résidence, jusqu'à concurrence de 5 000 \$. Les frais d'obsèques ne sont pas payés.

f) Retour des enfants à charge

- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise le rapatriement des enfants de la personne assurée qui ont moins de 16 ans et sont privés de surveillance en raison de l'hospitalisation de la personne assurée. De plus, le fournisseur de services d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touristique des enfants accompagnés, au besoin, à leur lieu de résidence habituel. Si les billets de voyage de

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

retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.

- g) Retour d'une personne assurée ou d'un membre de la famille immédiate de la personne assurée
- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise le rapatriement de la personne assurée ou de tout membre de la famille immédiate de la personne assurée ayant perdu l'usage de son billet d'avion en raison de l'hospitalisation ou du décès de la personne assurée. Le fournisseur de services d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touriste de la personne assurée ou d'un membre de la famille immédiate à son lieu de résidence habituel. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.
- h) Visite d'un membre de la famille immédiate ou d'un ami
- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise et règle le transport aller-retour en classe touriste d'un membre de la famille immédiate ou d'un ami à des fins de visite si la personne assurée est hospitalisée pour une durée minimum de 7 jours consécutifs et si ladite visite est bénéfique à la personne assurée, d'après l'avis du médecin traitant.
- i) Frais de subsistance pour le logement et les repas
- Si le retour est reporté à la suite de l'hospitalisation d'une personne assurée pour une durée de plus de 24 heures, ou en raison de son décès, les frais de subsistance engagés, en raison de ce délai, par elle, par un membre de la famille immédiate ou par un ami l'accompagnant ou par un membre de la famille immédiate ou un ami lors d'une visite, dans les circonstances définies au paragraphe ci-dessus (*Visite d'un membre de la famille immédiate ou d'un ami*), sont remboursables, jusqu'à concurrence d'un maximum quotidien de 200 \$ par personne et d'un remboursement global de 1 600 \$.

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

Le fournisseur de services d'assistance médicale rembourse les frais reliés au logement et aux repas sur réception de reçus explicatifs.

j) Retour du véhicule

- Le fournisseur de services d'assistance médicale verse une allocation maximale de 1 000 \$ pour le retour du véhicule de la personne assurée, qu'il soit privé ou loué, à la résidence de la personne assurée ou à l'agence de location appropriée la plus proche.

k) Médicaments en cas d'urgence

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

SERVICES D'ASSISTANCE VOYAGE EN CAS D'URGENCE PERSONNELLE

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

a) Service téléphonique de traduction

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

b) Service de transmission et de garde de messages

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

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

c) Assistance juridique

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

d) Information-voyage

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

e) Perte de bagages ou de documents

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

EXCLUSIONS

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

RESPONSABILITÉ

Le fournisseur de services d'assistance médicale et l'assureur sont dégagés de toute responsabilité quant aux retards ou aux empêchements à fournir l'assistance médicale dans les cas suivants : grève, guerre civile ou étrangère, invasion, intervention de puissances ennemies, hostilités (que la guerre soit

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

déclarée ou non), rébellion, insurrection, acte de terrorisme, opération militaire ou coup d'État, émeute ou mouvement populaire, retombées radioactives ou tout autre cas de force majeure.

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

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

REMBOURSEMENT

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

Si une avance de fonds est fournie pour couvrir des frais engagés ou défrayés et que (i) ces frais ne constituent pas une dépense couverte en vertu de l'article Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de la garantie Assurance maladie complémentaire ou que (ii) le montant ayant fait l'objet d'une avance de fonds ou qui a été remboursé est en excédent de la responsabilité de l'assureur en vertu de la police collective, le participant est responsable de rembourser, à l'assureur, le montant de l'avance de fonds ou le montant en excédent, selon le cas, dans les 90 jours de son retour dans sa province de résidence. À défaut de rembourser le montant de l'avance de fonds ou le montant en excédent, l'assureur se réserve le droit de réduire de futures demandes de règlement pour frais médicaux ou autres demandes de règlement

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

faites par le participant ou ses personnes à charge en vertu de cette police collective en fonction du montant dû.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

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

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

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Compagnon de voyage : Une personne qui partage des arrangements financiers de voyage avec la personne assurée, jusqu'à un maximum de 4 personnes, incluant la personne assurée.

Destination : La ville ou le pays où se rend la personne assurée.

Hôte à destination : Une personne qui héberge la personne assurée à sa résidence.

Membre de la famille : Le conjoint, l'enfant, le père, la mère, le frère, la sœur, le gendre, la bru, le beau-père, la belle-mère, le grand-père, la grand-mère, le petit-enfant, le demi-frère, la demi-sœur, le beau-frère, la belle-sœur, l'oncle, la tante, le neveu et la nièce de la personne assurée.

Niveau de risque général pour les pays, les territoires ou les régions : Un des 4 niveaux de risque attribués par le gouvernement du Canada aux pays,

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION VOYAGE

territoires ou régions et qui déterminent les conditions de sécurité en vertu des Conseils aux voyageurs et avertissements du gouvernement du Canada :

- Niveau 1 : Prendre les mesures de sécurité normales;
- Niveau 2 : Faire preuve d'une grande prudence;
- Niveau 3 : Éviter tout voyage non essentiel;
- Niveau 4 : Éviter tout voyage, y compris tout voyage à bord d'un navire de croisière.

Réunion d'affaires : Une réunion privée préalablement organisée dans le cadre du travail à temps plein de la personne assurée, et qui constitue la seule raison du voyage. En aucun cas, une réunion d'affaires ne pourra inclure une convention, un congrès, une assemblée, une foire, une exposition, un séminaire ou une réunion du conseil d'administration.

Transporteur : Un avion, un autobus, un train public ou un bateau (à condition que ce dernier soit utilisé pour se déplacer, et non pas pour y séjourner).

Voyage couvert : Un voyage

- a) qui amènera la personne assurée à s'absenter de son domicile pendant au moins 2 nuits consécutives, et
- b) dont la destination est à au moins 400 kilomètres du domicile de la personne assurée.

RISQUES ASSURÉS

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

- a) La maladie, la blessure ou le décès de la personne assurée, d'un membre de sa famille, d'un compagnon de voyage ou d'un membre de la famille du compagnon de voyage;
- b) La maladie, la blessure ou le décès d'un associé d'affaires ou de l'hôte à destination de la personne assurée;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION VOYAGE

- c) La maladie, la blessure ou le décès d'une personne dont la personne assurée est le tuteur légal;
- d) Le décès d'une personne dont la personne assurée est l'exécuteur testamentaire;
- e) La convocation de la personne assurée à titre de membre d'un jury ou de témoin dans un procès dont l'audition est prévue pendant la période du voyage couvert, sauf si la personne assurée est un officier responsable de l'application de la loi;
- f) La mise en quarantaine de la personne assurée;
- g) Le détournement d'un transporteur à bord duquel la personne assurée voyage;
- h) Un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de la personne assurée;
- i) L'annulation d'une réunion d'affaires à la suite d'une maladie, d'une blessure ou du décès de la personne avec qui les arrangements pour la réunion d'affaires avaient été pris au préalable (une preuve écrite des arrangements est requise);
- j) Une recommandation du gouvernement du Canada, à la suite de l'attribution d'un niveau de risque général de 3 ou de 4, incitant ses citoyens à ne pas voyager vers cette destination, si cette recommandation a été émise après que la personne assurée ait pris les engagements relatifs au voyage couvert et que cette recommandation soit toujours en vigueur au moment du début du voyage couvert;
- k) La mutation de la personne assurée exigée par son employeur, qui nécessite le déménagement de la personne assurée à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, dans les 30 jours précédant la date du départ;
- l) L'absence de la correspondance prévue ou un départ retardé en raison
 - (i) d'un délai du transporteur responsable de s'assurer de la correspondance à condition que le retard soit causé par des conditions atmos-

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION VOYAGE

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

FRAIS COUVERTS

Les frais suivants sont couverts :

- a) En cas d'annulation avant le départ :
 - i) La portion non remboursable des frais de voyage payés à l'avance;
 - ii) Les frais supplémentaires engagés pour des tarifs d'occupation plus élevés en milieu hôtelier par la personne assurée qui décide de poursuivre un voyage couvert lorsqu'un compagnon de voyage doit annuler en raison de l'un des risques assurés. Les frais supplémentaires seront remboursés jusqu'à concurrence d'une somme ne dépassant pas la pénalité d'annulation de l'hôtel applicable au moment où la personne accompagnatrice doit annuler son voyage couvert.
- b) Si le retour est anticipé ou retardé :
 - i) Le coût supplémentaire d'un billet de retour simple, disponible et le plus économique jusqu'au point de départ;
 - ii) La portion non utilisée et non remboursable des frais des autres arrangements de voyage payés à l'avance;
 - iii) Les frais de subsistance pour le logement et les repas dans un établissement commercial lorsqu'une personne assurée doit reporter son retour pour cause d'un changement d'un niveau de risque général de 3 ou 4 et ce, tant qu'aucun moyen de transport n'est alors disponible pour assurer le retour de la personne assurée ou pour cause de maladie ou de blessure qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, sous réserve d'un remboursement quotidien maximal de 200 \$ par personne assurée et d'un

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION VOYAGE

remboursement global maximal de 1 600 \$ pour le participant et ses personnes à charge;

Les frais de subsistance pour le logement et les repas dans un établissement commercial lorsqu'une personne assurée doit anticiper son retour pour cause d'un changement d'un niveau de risque général de 3 ou 4 et doit faire escale car aucun vol direct n'est disponible, sous réserve d'un remboursement quotidien maximal de 200 \$ par personne assurée et d'un remboursement global maximal de 1 600 \$ pour le participant et ses personnes à charge;

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

c) **Départ retardé ou correspondance manquée :**

- i) Le coût supplémentaire d'un billet simple le plus économique exigé par un transporteur jusqu'à la destination prévue, lorsqu'une correspondance ou un départ sont manqués en raison d'un des risques assurés;

Pour que la garantie s'applique, la personne assurée doit avoir prévu arriver au point de départ au moins 2 heures avant l'heure prévue du départ.

- ii) La portion non utilisée et non remboursable des frais de voyage payés à l'avance, si les conditions atmosphériques empêchent la personne assurée d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pendant une période représentant une interruption d'au moins 30 % de la durée prévue du voyage couvert, et que la personne assurée décide de ne pas poursuivre ledit voyage couvert.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION VOYAGE

EXCLUSIONS

Aucune somme n'est payable en vertu de la présente garantie, si l'annulation ou l'interruption d'un voyage couvert résulte de l'une des causes suivantes :

- a) L'abus de médicaments ou d'alcool, ou la consommation de drogue;
- b) Le suicide ou la tentative de suicide ou toute blessure que la personne assurée s'inflige, sauf si les preuves médicales démontrent que la blessure est directement liée à un problème de santé mentale;
- c) La perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel ou la provocation d'une agression;
- d) Une agitation civile, une insurrection ou une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou la participation à une émeute;
- e) Une grossesse, une fausse-couche, un accouchement ou des complications en résultant et se produisant dans les 2 mois précédant la date prévue de l'accouchement;
- f) Une blessure ou une maladie survenue lors de la participation à un événement sportif professionnel ou à tout genre de compétition de véhicules motorisés ou d'épreuves de vitesse, ou à des activités dangereuses tels le vol plané ou à voile, l'alpinisme, le parachutisme, le saut à l'élastique, ou toute autre activité dangereuse;
- g) Une blessure ou une maladie résultant du service dans les forces armées;
- h) L'état de santé de la personne assurée n'était pas stable au moment de finaliser les derniers arrangements du voyage couvert. L'assureur détermine ce que stable signifie. Dans cette évaluation, l'assureur peut prendre en considération, y compris, mais sans s'y limiter, les facteurs médicaux suivants :
 - i) L'état de santé;
 - ii) Un traitement médical, un examen, une consultation ou une hospitalisation;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION VOYAGE

- iii) L'augmentation ou la détérioration de tout symptôme ou de tout problème de santé;
- iv) Un changement de médication ou de traitement médical;
- v) Un traitement médical ou un examen médical prévu, ou pour lequel des résultats sont en attente, pour tout symptôme ou tout problème de santé;

dans une période de 90 jours précédant les derniers arrangements du voyage couvert.

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

- a) Un crédit voyage est offert à la personne assurée et que celle-ci le refuse.

Cependant, si la personne assurée peut faire la démonstration qu'il lui sera impossible d'utiliser un crédit voyage avant son expiration en raison de l'une des causes suivantes :

- i. la détérioration de son état de santé mais qu'au moment de finaliser les arrangements du voyage couvert son état de santé était stable;
ou
- ii. la survenance d'une des causes d'annulation ou d'interruption reconnues par la présente garantie.

La personne assurée pourra faire une demande de remboursement dudit crédit voyage auprès de l'assureur;

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

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION VOYAGE

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

De plus, aucune somme n'est payable en vertu de la présente garantie pour tout paiement ou dépôt payé alors que le niveau de risque général était de 4, lorsque ces frais ont été engagés.

Toutefois, une personne assurée qui achète un voyage couvert alors que le niveau de risque général est à 3 pourrait se voir rembourser son voyage pour une annulation découlant d'un risque assuré autre que le niveau d'alerte général (voir la section des Risques assurés).

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

- a) Lorsqu'un événement mentionné à l'article Risques assurés survient avant la date du départ, la personne assurée doit contacter l'agence de voyage ou le transporteur, selon le cas, dans les 48 heures qui suivent l'événement afin d'annuler le voyage couvert et en aviser l'assureur dans le même délai.
- b) Pour appuyer une demande de prestations, la personne assurée doit fournir l'une ou plusieurs des pièces justificatives suivantes, selon le cas :
 - i) Les originaux des billets de transport non utilisés;
 - ii) Les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
 - iii) Les reçus pour les frais d'arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats établis officiellement par l'intermédiaire de voyage ou d'une compagnie accréditée et faire mention des montants non remboursables en cas d'annulation;
 - iv) Un document officiel attestant qu'un risque assuré fut en fait la cause de l'annulation. Si l'annulation est due à des raisons médicales, la personne assurée doit fournir un certificat médical délivré par le médecin traitant dûment qualifié et exerçant dans la localité où la maladie ou la blessure est survenue et la surveillance médicale doit avoir commencé avant la date prévue du départ ou du

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION VOYAGE

retour de la personne assurée, ou le jour même. Le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité d'annuler, de retarder ou d'interrompre le voyage couvert;

- v) Un rapport de police en cas d'accident de la route.

COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION

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

COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT

Demandes de règlement pour la garantie d'Assurance maladie complémentaire

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

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

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

Pour les participants résidant au Québec

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

514 499-3800 Région de Montréal
1 877 422-6487 (sans frais)

Pour les participants résidant à l'extérieur du Québec

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

416 585-8921 Région de Toronto
1 877 422-6487 (sans frais)

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

AVIS IMPORTANT
pour les personnes hospitalisées hors de leur province de résidence

COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENTS

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

Appel du Canada ou des États-Unis 1 800 203-9024 (sans frais)

Appel d'un autre pays 514 499-3747 (appel à frais virés)

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SERVICE DEUXIÈME OPINION MÉDICALE

Un participant peut se prévaloir du service de Deuxième opinion médicale pour lui-même ou pour l'une de ses personnes à charge, advenant que le participant ou l'une de ses personnes à charge ait reçu un diagnostic de l'une des affections ou maladies graves couvertes, et ce, pourvu que le participant et ses personnes à charge soient couverts en vertu de la garantie Assurance maladie complémentaire de la police collective.

SERVICE

Lorsqu'il y a diagnostic d'une affection ou d'une maladie grave couverte, ce service permet au participant ou à la personne à charge d'avoir rapidement un deuxième avis donné par d'éminents spécialistes affiliés à des institutions canadiennes d'enseignement médical de grande renommée. Ces spécialistes ont accès à des ressources et à de l'expertise clinique partout dans le monde, ce qui facilite, le cas échéant, la consultation d'autres experts mondialement reconnus.

SERVICE DEUXIÈME OPINION MÉDICALE

AFFECTIONS ET MALADIES GRAVES COUVERTES (1)

Voici la liste des affections et maladies graves couvertes pour lesquelles le participant ou la personne à charge peut se prévaloir du service Deuxième opinion médicale :

♦ Accident vasculaire cérébral et affections qui y sont liées	♦ Brûlures sévères
♦ Cancer	♦ Coma
♦ Complications du diabète	♦ Conditions cardiovasculaires, y compris la crise cardiaque (infarctus du myocarde), la chirurgie coronarienne (pontage) ou la chirurgie de l'aorte
♦ Emphysème	♦ Insuffisance ou défaillance rénale
♦ Maladies des motoneurones	♦ Maladies neurodégénératives (ex. : maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, sclérose en plaques...)
♦ Maladies pouvant mener à une amputation	♦ Maladies pulmonaires ou osseuses graves
♦ Paralysie	♦ Perte de la parole
♦ Perte de la vue	♦ Remplacement de la hanche ou du genou
♦ SIDA	♦ Surdité
♦ Thrombophlébite et embolie	♦ Transplantation d'un organe vital
♦ Trauma majeur	♦ Tumeur bénigne du cerveau

- (1) Cette liste n'est pas exhaustive. Le participant ou la personne à charge doit communiquer avec le service Deuxième opinion médicale pour vérifier l'admissibilité de toute maladie mettant la vie en danger.

NOTE : Si le spécialiste ne peut pas confirmer un diagnostic basé sur le dossier du participant ou de la personne à charge, il peut recommander que des tests ou des consultations supplémentaires soient prévus pour affiner le diagnostic. Une fois les tests ou les

SERVICE DEUXIÈME OPINION MÉDICALE

consultations achevés, le spécialiste peut réévaluer la demande du participant ou de la personne à charge pour donner un deuxième avis médical.

UN PROCESSUS RAPIDE ET FIABLE EN 6 ÉTAPES :

1. Le participant ou la personne à charge appelle le service Deuxième opinion médicale au 1 855 422-4622 afin de valider son admissibilité;
2. Un coordonateur du service Deuxième opinion médicale ouvre un dossier et rassemble les documents médicaux avec le consentement du participant ou la personne à charge;
3. Le coordonnateur transmet le dossier médical au spécialiste de Deuxième opinion médicale;
4. Le spécialiste révise le dossier et prépare son rapport final;
5. Le coordonnateur de Deuxième opinion médicale transmet le rapport final au participant ou à la personne à charge. Sur approbation du participant ou la personne à charge, le coordonnateur envoie une copie du rapport final au médecin traitant;
6. Le médecin traitant et le spécialiste de Deuxième opinion médicale se consultent au besoin.

SERVICE DEUXIÈME OPINION MÉDICALE

OPTIONS DE TRAITEMENT

Lorsque le diagnostic est confirmé, le participant ou la personne à charge se voit offrir les meilleurs choix de traitement et dispose du meilleur accès aux connaissances de pointe du système de santé canadien. Très souvent, les traitements appropriés sont disponibles à proximité du domicile du participant ou la personne à charge.

Cependant, il arrive que les spécialistes du service Deuxième opinion médicale recommandent un traitement ailleurs au Canada ou même à l'étranger. Si le traitement recommandé n'est offert qu'à l'extérieur de la province de résidence, l'équipe du service Deuxième opinion médicale prendra toutes les dispositions nécessaires et coordonnera le transport du participant ou de la personne à charge, son admission dans l'établissement médical et son rapatriement. ⁽²⁾

- ⁽²⁾ Le participant ou la personne à charge admissible est responsable de tous les frais de transport, d'hospitalisation et de traitement, sauf si ces frais sont couverts par la police collective ou le régime provincial d'assurance maladie. Le participant ou la personne à charge doit communiquer avec l'Industrielle Alliance et les responsables du régime provincial d'assurance maladie afin de déterminer les frais couverts, le cas échéant.

CONFIDENTIALITÉ

La politique de confidentialité du service Deuxième opinion médicale est conforme aux exigences de la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE) ainsi qu'aux législations provinciales sur la protection de la vie privée.

COMMENT COMMUNIQUER AVEC LE SERVICE DEUXIÈME OPINION MÉDICALE?

Afin d'obtenir une deuxième opinion médicale suite à un diagnostic de condition médicale grave couverte, le participant ou la personne à charge doit appeler au 1 855 422-4622.

Veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime afin d'obtenir un dépliant explicatif concernant le service Deuxième opinion médicale.

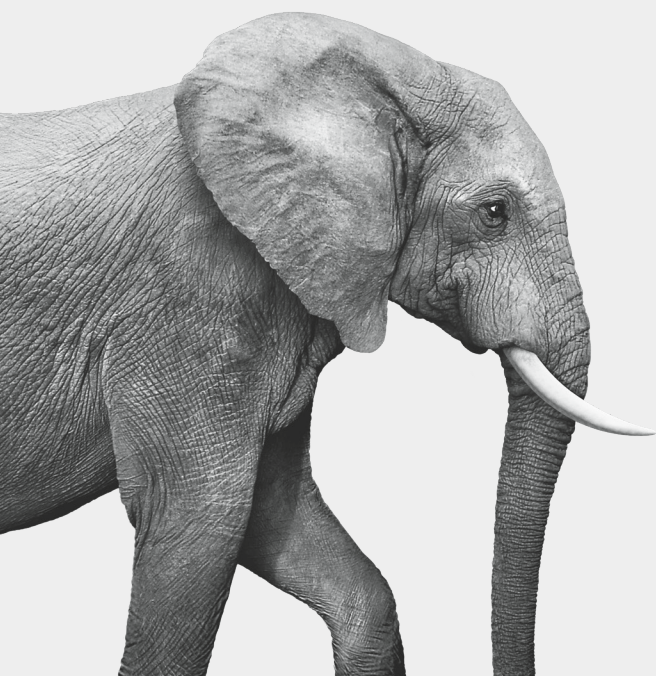
SERVICE DEUXIÈME OPINION MÉDICALE

FIN DU SERVICE DEUXIÈME OPINION MÉDICALE

Le droit d'un participant de se prévaloir du service Deuxième opinion médicale pour lui-même ou pour une personne à charge prend fin à la date à laquelle il n'est plus assuré en vertu de la garantie Assurance maladie complémentaire.

De plus, si l'entente conclue entre l'Industrielle Alliance et Deuxième opinion médicale à l'égard du service Deuxième opinion médicale devait prendre fin, le participant et ses personnes à charge n'auraient plus droit au service Deuxième opinion médicale.

NOTES



F54-514-2(21-06)

ON S'INVESTIT, POUR VOUS.

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

ia.ca