



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	16
ASSURANCE VIE DE BASE DU PARTICIPANT	29
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU PARTICIPANT	31
ASSURANCE VIE DE BASE DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE DU PARTICIPANT	33
ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU CONJOINT DU PARTICIPANT	35
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE	39
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – SOINS À DOMICILE	61
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE	65
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	75
COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION	84
COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT	85
PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	87

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 – Conjoint(s) survivant(s)

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 %	10 000 \$ 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 %	1 000 \$ par voyage (aller-retour), jusqu'à concurrence de 3 000 \$ par année civile, sous réserve des conditions prévues à la disposition Frais de déplacement de la police collective

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 de 240 \$ par jour et maximum de 8 000 \$ 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 (y compris les
services de psychanalyse),
psychothérapeutes et travailleurs
sociaux

Maximum de 1 250 \$ 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 de 40 \$ par visite. Remboursement maximal combiné de 1 000 \$ par année civile (incluant un maximum de 48 \$ 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.*
Orthèses du pied, 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 combiné 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 de 16 \$ par jour.
Équipements thérapeutiques	Frais raisonnables et courants.*
Prothèses auditives	Maximum de 1 600 \$ par période de 48 mois consécutifs.
Traitement pour la toxicomanie et l'alcoolisme	Maximum de 40 \$ 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)

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.

CONDITIONS GÉNÉRALES

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

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

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

dans une période de 90 jours précédant cette absence.

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, le train 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 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 raison d'un maximum de 0,30 \$ du kilomètre.

Le remboursement des frais de déplacement est effectué selon l'option la moins coûteuse, à moins que la condition médicale ne le permette pas.

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 75 km et plus 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.
- 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

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

reporter son retour tel qu'attesté par écrit par le Médecin traitant, sous réserve d'un Remboursement quotidien maximal de 250 \$.

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; et
- iv) Des soins médicaux sensiblement équivalents ne soient pas disponibles dans un rayon de 150 km et plus du lieu de résidence habituel de la Personne assurée.

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.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Remarque

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.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- c) Les médicaments (y compris les vaccins de nature préventive et les médicaments anti-obésité) obtenus sur l'ordonnance d'un médecin ou d'un chirurgien-dentiste et délivrés par 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

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

responsable de tout montant en excès du montant qui aurait été remboursé si la personne assurée avait utilisé le réseau de pharmacies approuvé.

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;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- ii) les examens et services soient effectués dans un établissement autorisé à effectuer de tels examens et services; et
 - iii) les examens et les services aient été nécessaires au diagnostic 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

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

spécialiste diplômé dans le domaine de la fabrication de chaussures orthopédiques. Les chaussures orthopédiques vendues dans les commerces qui n'ont pas été personnalisées pour la personne assurée ne sont pas couvertes;

- iv) orthèses du pied déterminées nécessaires du point de vue médical par un professionnel de la santé qui exerce dans les limites définies par l'organisme de réglementation provincial approprié et qui ont été conçues et fabriquées spécifiquement pour la personne assurée par un spécialiste diplômé dans le domaine de la fabrication d'orthèses du pied. Les orthèses du pied vendues dans les commerces qui n'ont pas été conçues et fabriquées pour la personne assurée ne sont pas couvertes;
- v) stérilets, lorsque prescrits par un médecin;
- vi) appareils orthopédiques avec soutien rigide; soutiens dorsaux; harnais d'épaule; licous et collets cervicaux;
- vii) attelles, autres que des attelles dentaires, et plâtres;
- viii) cannes, béquilles, cadres de marche et coussins de massage en profondeur de type Obusforme;
- ix) injections sclérosantes;
- x) 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;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- 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;
- 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

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

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;
- 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;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- 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;
- 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;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- l) pour tout voyage de santé ou cure de repos;
- m) pour tout voyage entrepris pour des raisons professionnelles dans le cadre d'un travail à titre d'accompagnateur pour le compte d'une agence de voyage;
- n) pour l'examen des yeux ou pour les lunettes et les lentilles cornéennes;
- o) pour tous les soins ou traitements reliés à la fertilité ou l'infertilité;
- p) pour l'achat ou la location de tout appareil de confort, de massage et d'accessoires domestiques qui ne sont pas requis exclusivement pour un usage médical;
- q) pour l'achat de 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;
- r) 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;
- s) pour les contraceptifs (autres qu'oraux), sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- t) 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;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

* *Les écrans solaires nécessaires au traitement des personnes atteintes d'une maladie requérant de tels produits peuvent être couverts.*

- u) pour les médicaments énumérés dans la liste du Régime général d'assurance médicaments du Québec;
- v) 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;
- w) pour toute contribution au paiement du coût des services pharmaceutiques et des médicaments que doit assumer la personne assurée en vertu du Régime général d'assurance-médicaments du Québec;
- x) pour les médicaments visant à améliorer la qualité de vie, tels que les médicaments liés aux problèmes de dysfonction érectile, d'infertilité, de perte des cheveux ou de manque de croissance;
- y) pour les médicaments dont la couverture est exclue par l'assureur en vertu de la disposition Restrictions quant à l'exécution des ordonnances de la présente garantie;
- z) pour les médicaments sur ordonnance dispensés par une clinique ou une pharmacie non accréditée d'un hôpital ou pour les traitements ambulatoires, y compris les médicaments dits d'urgence ou de recherche;
- aa) pour les soins ou traitements reçus hors de la province de résidence en raison d'une situation d'urgence médicale liée (i) à une grossesse, si l'urgence médicale survient après la 32^e semaine de grossesse ou (ii) au déclenchement volontaire d'un avortement;
- bb) 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;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- cc) 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
 - 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-paragrophes 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.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

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.

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

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- 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 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.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE - SOINS À DOMICILE

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

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

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

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.

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

RESPONSABILITÉ

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

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

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

REMBOURSEMENT

Si une avance de fonds est fournie pour couvrir des frais engagés ou défrayés et que le participant soumet ces frais à l'assureur sous forme de dépenses couvertes en vertu de la garantie 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.

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

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 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 10 000 \$ 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 utilisée et non remboursable des frais de voyage payés à l'avance;
 - ii) Les frais supplémentaires engagés pour des tarifs d'occupation plus élevés en milieu hôtelier par la personne assurée qui décide de poursuivre un voyage couvert lorsqu'un compagnon de voyage doit annuler en raison de l'un des risques assurés. Les frais supplémentaires seront remboursés jusqu'à concurrence d'une somme ne dépassant pas la pénalité d'annulation de l'hôtel applicable au moment où la personne accompagnatrice doit annuler son voyage couvert.
- 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

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION VOYAGE

quotidien maximal de 200 \$ par personne assurée et d'un 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, à sa seule discrétion, ce que stable signifie. Dans cette évaluation, l'assureur peut prendre en considération, y compris, mais sans s'y limiter, les facteurs médicaux suivants :
 - i) L'état de santé;
 - ii) Un traitement médical, un examen, une consultation ou une hospitalisation;

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;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION VOYAGE

- 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 médicale ou le décès subséquent de cette personne constitue la cause de l'annulation dudit voyage couvert de la personne assurée;
- e) Le voyage couvert a été entrepris pour des raisons professionnelles dans le cadre d'un travail à titre d'accompagnateur pour le compte d'une agence de voyage.

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;

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSURANCE ANNULATION VOYAGE

- 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 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.

COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENTS

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

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

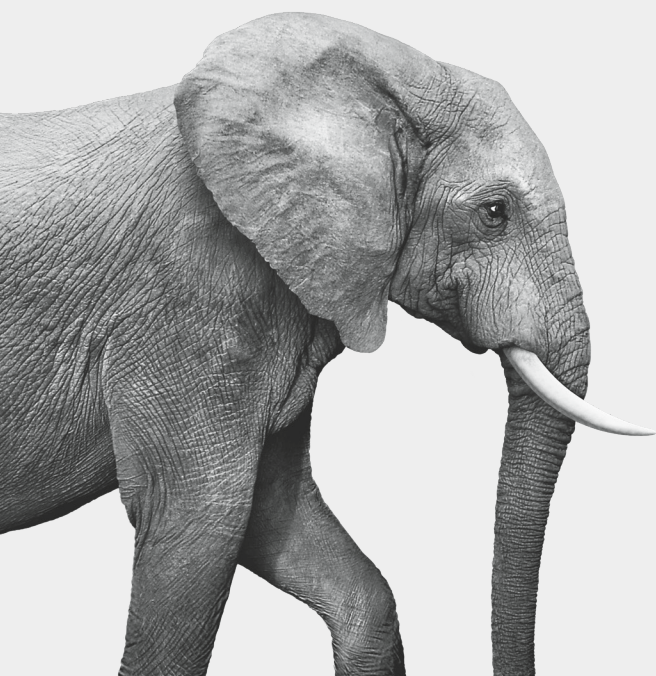
Le participant a le droit de consulter les données recueillies à son sujet et de demander, par écrit, la correction de toute information inexacte. Le participant peut en outre demander que toute donnée périmée ou superflue soit supprimée.

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

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



GROUP
INSURANCE

YOUR GROUP INSURANCE BOOKLET



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

Class 300



GROUP INSURANCE PLAN

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

Policy No.: **28000**

This booklet is provided for the purpose of explaining the benefits provided under the group policy.

Possession of this booklet does not confer or create any contractual rights. All rights and obligations with respect to the benefits provided under the group policy will be governed solely by the terms and conditions of such policy.

The policyholder reserves the right to amend or suspend any coverages, including coverages for retirees, that are provided under the group policy as well as terminate the group policy in its entirety at any time with respect to active participants (including those that may be absent due to a disability) as well as retired participants after their retirement.

In addition, the policyholder reserves the right to change the contribution requirements for the coverages, including coverages for retirees, provided under the group policy at any time with respect to active participants (including those that may be absent due to a disability) as well as retired employees after their retirement.

For questions regarding the information in this booklet or if additional information about the benefits is required, the participant should contact his employer.

This booklet can also be viewed on our secure website My Client Space accessible via ia.ca, if offered as part of your plan. For any question about coverage options, contact iA Financial Group at 1 877 422-6487.

iA Financial Group is a business name and trademark of **Industrial Alliance Insurance and Financial Services Inc.**

TABLE OF CONTENTS

	Page
SUMMARY OF BENEFITS	1
GENERAL PROVISIONS	15
PARTICIPANT'S BASIC LIFE INSURANCE	27
PARTICIPANT'S OPTIONAL LIFE INSURANCE	29
BASIC LIFE INSURANCE FOR THE PARTICIPANT'S SPOUSE AND DEPENDENT CHILDREN	31
OPTIONAL LIFE INSURANCE FOR THE PARTICIPANT'S SPOUSE	33
SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE	36
SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE – HOME CARE	55
SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE – EMERGENCY OUT OF PROVINCE ASSISTANCE	58
SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE – TRIP CANCELLATION INSURANCE	67
COPY OF CONTRACT AND ENROLLMENT MATERIAL	75
SUBMITTING CLAIMS	76
PROTECTING PERSONAL INFORMATION	78

SUMMARY OF BENEFITS

The SUMMARY OF BENEFITS briefly describes the coverage of the group insurance plan, based on the class the participant belongs to.

The following pages give a full description of the GENERAL PROVISIONS and of each BENEFIT.

SPECIAL PROVISIONS

For the purposes of this booklet, the masculine form includes the feminine unless a different meaning is required from the context. In addition, the singular shall include the plural where required.

Participants are insured under the following class:

Class

300 – Surviving Spouses

Rates: Rates are available through your AQDER plan administrator.

SUMMARY OF BENEFITS (cont'd)

SPECIAL PROVISIONS (cont'd)

Information regarding Class 300 - *Surviving spouses*:

Upon the retiree's death, the insurance may be maintained for his surviving spouse and his dependent children who were covered by the group policy at the time of the retiree's death.

In order to be eligible for transfer under Class 300, a surviving spouse must meet the following requirements:

- a) He satisfies the definition of *Surviving spouse* of the group policy; and
- b) He must submit an application to the insurer within 90 days following the date of the retiree's death; and
- c) He must become a member in good standing of the Association Québécoise des Directeurs et Directrices d'Établissement d'Enseignement Retraités (AQDER).

The surviving spouse is then transferred to Class 300 – *Surviving spouses*.

The surviving spouse becomes a participant under this group policy and as such, is now responsible for the premium payment according to the age reached by the surviving spouse and the protection status requested for himself and his dependent children, if applicable.

SUMMARY OF BENEFITS (cont'd)

GENERAL PROVISIONS

ELIGIBILITY DATE

Subject to all other provisions of the group policy, a surviving spouse shall become eligible on the latest of the following dates:

- a) on June 1, 2021, if he satisfies the definition of *Surviving Spouse* indicated in the General Provisions,
- or
- b) on the date on which he satisfies the definition of *Surviving Spouse* indicated in the General Provisions.

SUMMARY OF BENEFITS (cont'd)

PARTICIPANT'S BASIC LIFE INSURANCE

Sum Insured

An amount equal to the sum insured for the spouse at the time of the retiree's death, under the Basic Life Insurance for Participant's Spouse and Dependent Children.

Amounts, which were approved and insured by the insurer before June 1, 2021, are grand-fathered.

Termination:

This benefit terminates upon the participant's death.

PARTICIPATION TO THIS BENEFIT IS OPTIONAL.

HOWEVER, PARTICIPATION TO THIS BENEFIT BECOMES MANDATORY IF THE PARTICIPANT WANTS TO ADD A PARTICIPANT'S OPTIONAL LIFE INSURANCE AMOUNT.

SUMMARY OF BENEFITS (cont'd)

PARTICIPANT'S OPTIONAL LIFE INSURANCE

Sum Insured

An amount equal to the sum insured for the spouse at the time of the retiree's death, under the Optional Life Insurance for Participant's Spouse.

Maximum: \$60,000

Amounts, which were approved and insured by the insurer before June 1, 2021, are grand-fathered.

Reduction:

The maximum amount of coverage available under this benefit is reduced to \$30,000 on the participant's 75th birthday.

Termination:

This benefit terminates upon the participant's death.

TO BE ELIGIBLE UNDER THIS BENEFIT, A PARTICIPANT MUST BE INSURED UNDER THIS GROUP POLICY UNDER THE PARTICIPANT'S BASIC LIFE INSURANCE.

SUMMARY OF BENEFITS (cont'd)

BASIC LIFE INSURANCE FOR THE PARTICIPANT'S SPOUSE AND DEPENDENT CHILDREN

Sum Insured

Spouse: \$10,000

Each child upon a live birth: \$10,000

As of June 1, 2021:

A surviving spouse of a retiree may obtain Basic Life Insurance for the Participant's Spouse and Dependent Children under this benefit with evidence of insurability.

Amounts, which were approved and insured by the insurer before June 1, 2021, are grand-fathered.

Termination:

This benefit terminates upon the participant's death.

PARTICIPATION TO THIS BENEFIT IS OPTIONAL.

HOWEVER, PARTICIPATION TO THIS BENEFIT BECOMES MANDATORY IF THE PARTICIPANT
WANTS TO ADD AN OPTIONAL LIFE INSURANCE AMOUNT FOR HIS SPOUSE.

SUMMARY OF BENEFITS (cont'd)

OPTIONAL LIFE INSURANCE FOR THE PARTICIPANT'S SPOUSE

Sum Insured

Units of \$5,000

Minimum: \$5,000

Maximum: \$60,000

As of June 1, 2021:

A surviving spouse of a retiree may obtain Optional Life Insurance for the Participant's Spouse under this benefit with evidence of insurability.

Amounts, which were approved and insured by the insurer before June 1, 2021, are grand-fathered.

Reduction:

The maximum amount of coverage available under this benefit is reduced to \$30,000 on the spouse's 75th birthday.

Termination:

This benefit terminates upon the participant's death.

TO BE ELIGIBLE UNDER THIS BENEFIT, THE SPOUSE MUST BE INSURED UNDER THE THIS GROUP POLICY UNDER THE BASIC LIFE INSURANCE FOR THE PARTICIPANT'S SPOUSE AND DEPENDENT CHILDREN.

SUMMARY OF BENEFITS (cont'd)

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE

HOSPITALIZATION IN THE PROVINCE OF RESIDENCE

Deductible: none	Reimbursement: 100%	Daily maximum: Semi-private room rate
---------------------	------------------------	--

EMERGENCY MEDICAL EXPENSES INCURRED OUTSIDE THE PROVINCE OF RESIDENCE and EMERGENCY OUT OF PROVINCE ASSISTANCE

Deductible: none	Reimbursement: 100%	Maximum per insured person: \$5,000,000 per lifetime
---------------------	------------------------	---

TRIP CANCELLATION INSURANCE

Deductible: none	Reimbursement: 100%	Maximum per insured person: \$10,000 per trip
---------------------	------------------------	--

HOME CARE

Deductible: none	Reimbursement: 100%	Maximum per insured person: As defined under the Home Care Benefit provision
---------------------	------------------------	--

TRAVELLING EXPENSES

Deductible: none	Reimbursement: 100%	Maximum per insured person: \$1,000 per trip (round trip), up to a maximum of \$3,000 per calendar year, subject to the conditions set out in the Travelling Expenses provision of the group policy
---------------------	------------------------	--

SUMMARY OF BENEFITS (cont'd)

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE (cont'd)

ALL OTHER MEDICAL EXPENSES INCURRED IN CANADA

Deductible: None

Reimbursement

– Drugs: 80% of the first \$3,795 of eligible expenses and 100% of the excess.

– Other medical expenses: 80%, according to the maximums indicated in the following pages.

Maximum

– Drugs: \$15,000 per calendar year, per insured person.

– Other medical expenses: According to the maximums indicated in the following pages.

Termination:

This benefit terminates upon the participant's death.

SUMMARY OF BENEFITS (cont'd)

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE (cont'd)

- * **Reasonable and Customary Charges:** The maximums allocated for the following covered expenses are limited to reasonable and customary charges normally incurred for an illness or injury of the same nature and severity in the area where the service is provided.

However, this limitation does not apply to drugs.

Medical Expenses

<u>Covered Expenses</u>	<u>Maximums Per Insured Person</u> *
Fees for nursing care	Maximum of \$240 per day and a maximum of \$8,000 per calendar year.
Licensed ambulance service	Reasonable and customary charges.* These expenses are reimbursed at 100%.
Drugs (Comprehensive list)	\$15,000 per calendar year.
Preventive immunization vaccines	\$200 per calendar year.
Room and board in a convalescent home (with a medical recommendation)	Maximum of \$85 per day; up to a maximum of 30 days per disability. These expenses are reimbursed at 100%.
Diagnostic laboratory tests, x-rays, ultrasounds, magnetic resonance imaging (MRI), tomography, computer tomography (CT scan) and pharmacogenetic tests	\$1,000 per calendar year.

SUMMARY OF BENEFITS (cont'd)

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE (cont'd)

- * **Reasonable and Customary Charges:** The maximums allocated for the following covered expenses are limited to reasonable and customary charges normally incurred for an illness or injury of the same nature and severity in the area where the service is provided.

However, this limitation does not apply to drugs.

Medical Expenses (cont'd)

<u>Covered Expenses</u>	<u>Maximums Per Insured Person</u> *
Fees for the following paramedical practitioners: psychologists (including psychoanalysis services), psychotherapists and social workers	Combined maximum of \$1,250 per calendar year. These expenses are reimbursed at 50%.
Fees for the following paramedical practitioners: chiropractors, physiotherapists, physical rehabilitation therapists, osteopaths, podiatrists, acupuncturists, occupational therapists, naturopaths, massage therapists, orthotherapists, kinesiotherapists, homeopaths, dietitians, nutritionists, speech therapists, and audiologists	Maximum of \$40 per visit. Overall combined maximum of \$1,000 per calendar year (including a maximum of \$48 per calendar year for x-rays by a chiropractor). One treatment per day.
Breast prostheses	\$150 per period of 24 consecutive months.
Medical elastic stockings	3 pairs per calendar year.
Orthopedic shoes	\$500 per calendar year.

SUMMARY OF BENEFITS (cont'd)

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE (cont'd)

- * **Reasonable and Customary Charges:** The maximums allocated for the following covered expenses are limited to reasonable and customary charges normally incurred for an illness or injury of the same nature and severity in the area where the service is provided.

However, this limitation does not apply to drugs.

Medical Expenses (cont'd)

<u>Covered Expenses</u>	<u>Maximums Per Insured Person</u> *
Intrauterine devices	Reasonable and customary charges.*
Foot orthoses, orthopedic braces with rigid support; back supports; shoulder harnesses; head halters and cervical collars, splints, other than dental splints, casts, canes, crutches, walkers and deep massage cushion Obusforme type	Combined maximum of \$750 per calendar year.
Wigs	\$500 per period of 48 months.
Sclerosing injections	Maximum of \$16 per day.
Therapeutic appliances	Reasonable and customary charges.*
Hearing aids	Maximum of \$1,600 per period of 48 consecutive months.
Drug and alcohol abuse treatment facility	Maximum of \$40 per day and 30 days per calendar year.

SUMMARY OF BENEFITS (cont'd)

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE (cont'd)

- * **Reasonable and Customary Charges:** The maximums allocated for the following covered expenses are limited to reasonable and customary charges normally incurred for an illness or injury of the same nature and severity in the area where the service is provided.

However, this limitation does not apply to drugs.

Medical Expenses (cont'd)

<u>Covered Expenses</u>	<u>Maximums Per Insured Person</u> *
Dental care as a result of an accidental injury	Maximum of \$5,000 per accident.
Cosmetic surgery following an accident	Maximum of \$15,000 per accident.

SUMMARY OF BENEFITS (cont'd)

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE (cont'd)

HOME CARE

<u>Covered Expenses</u>	<u>Maximums Per Insured Person *</u>
Home care services	\$120 per day.
Child care expenses	\$25 per day, for each child.
Transportation fees	\$120 per day; 3 return trips per week; Maximum of \$0.50 per kilometre for the use of a private vehicle.
Overall limitation	2 periods of convalescence per calendar year, up to a maximum of 30 days per period.

GENERAL PROVISIONS

DEFINITIONS

Accident: A sudden, violent and unforeseeable occurrence which is external to the person and which inflicts bodily injuries directly and independently of any other cause.

Age: Age as of the last birthday.

Approval of evidence of insurability: The date of approval of any evidence of insurability shall mean the date the insurer receives the last document which allows it to accept the risk on the person.

Calendar year: The period from any January 1st to the next December 31st, both inclusive.

Day: A calendar day, except if otherwise defined in the group policy.

Dependent: The participant's spouse or a child of the participant or of the spouse. If dependents are insured under the group policy, "spouse" and "child" shall have the following meanings:

a) Spouse

The person who is married to or is in a civil union with the participant, or the person designated by the participant, whom he declares publicly to be his spouse and with whom he has been living on a permanent basis for at least 12 months, or less, if a child is born from their union.

A dissolution of marriage by divorce or annulment, as well as a de facto separation of more than 3 months will result in the person no longer qualifying as the participant's spouse for the purposes of the group policy.

If according to this definition, the participant has had more than one spouse, spouse shall mean the person most recently qualified.

GENERAL PROVISIONS

b) Child

An unmarried child of the participant or of his spouse who wholly depends on the participant for support and maintenance and who meets at least one of the following conditions:

- i) He is under 21 years of age; or
- ii) He is 21 years of age or over but under 26 and is attending a recognized educational institution on a full-time basis with proof to the satisfaction of the insurer; or
- iii) He has a mental or physical disability and is unable to hold a substantially gainful occupation because of such disability provided such disability commenced while he was a child as defined in (i) or (ii) and for which medical evidence was provided to the insurer.

Full-time resident of Canada: Has a permanent residence in Canada and resides in Canada for at least 182 days a year.

Illness: Any deterioration in health requiring regular, continuous and curative care actively provided by a physician.

Insured person: A participant or a dependent of a participant who is insured under the group policy.

Insurer: Industrial Alliance Insurance and Financial Services Inc.

Participant: Any surviving spouse of a deceased retiree, who is a full-time resident of Canada and who is insured under the group policy.

Physician: A person who is legally licensed and authorized to practice medicine and who is operating within the scope of his license.

Retiree: Any retired director who receives a retirement pension under a pension plan for which his employer was contributing and who is an approved member of the Association Québécoise des Directeurs et Directrices d'Établissement d'Enseignement Retraités (AQDER).

GENERAL PROVISIONS

Retirement date: The date on which the participant starts receiving a retirement pension under a pension plan for which his employer was contributing.

Specialist: A physician licensed by the appropriate provincial licensing authority to practice medicine with a specialization.

Surviving spouse: A spouse of a deceased retiree who was insured as a spouse under the group policy at the time of the retiree's death and who is a member in good standing of the Association Québécoise des Directeurs et Directrices d'Établissement d'Enseignement Retraités (AQDER).

CHANGES IN GOVERNMENT PLANS

The benefits provided under the group policy are complementary to the benefits provided by government plans. Any modifications to these plans after the effective date of the group policy will not modify the benefits provided under the group policy, unless an agreement to modify the benefits is signed by the authorized signing officers of the insurer and the policyholder.

MEDICAL SERVICES AND/OR SUPPLIES COVERED BY A GOVERNMENT SPONSORED PLAN OR PROGRAM

There will be no coverage under the group policy for any expenses related, directly or indirectly, to any medical services and/or supplies which would have been covered by a government sponsored plan or program if the insured person had not elected to receive the services and/or supplies on a private basis from a medical practitioner, medical facility, clinic or hospital, whether private or public, unless the services and/or supplies are explicitly stated as being covered under the group policy.

INCONTESTABILITY

Where evidence of insurability is required by the insurer in order to approve

- a) insurance or a benefit for a participant or a dependent; or
- b) an increase, addition or change in the insurance or benefit for a participant or dependent;

GENERAL PROVISIONS

the statements provided by the participant or dependent as evidence of insurability will be accepted as true and will not be contested by the insurer after the latest of the following dates, provided the participant or dependent is alive at the time:

- a) 2 years from the effective date of the insurance or benefit for which the evidence was provided; or
- b) 2 years from the effective date of the increase, addition or change to the insurance or benefit; or
- c) 2 years from the effective date of the last reinstatement of the insurance or benefit.

However, this restriction on the insurer's right to contest the evidence of insurability will not apply in cases of fraud or misstatements of age.

Where evidence is required to approve an increase, addition or change in the insurance or benefit, the insurer's right to void the insurance or benefit will be limited to that increase, addition or change.

LAWFUL CURRENCY

All payments hereunder will be made in the lawful currency of Canada and according to the exchange rates effective at the time the event giving entitlement to a benefit took place.

COVERAGE ELSEWHERE

A participant who is eligible for Supplemental Health Insurance and whose spouse is covered for comparable insurance may decline coverage under the group policy for such insurance.

The refusal of insurance under the group policy may be in respect of the participant and his dependents or his dependents only.

If the insurance under the spouse's policy ceases because of termination of such policy or because eligibility for the insurance ceases, then application may be made to insure under the group policy those persons whose insurance has terminated.

GENERAL PROVISIONS

The application must be made within 90 days after cessation of the insurance under the spouse's policy and the insurance under the group policy shall be effective on the day following the date of termination of the insurance under the spouse's policy.

If the application is received after this 90-day period, the insurance will not take effect until the date on which the insurer receives and approves the surviving spouse's or dependent's evidence of insurability.

ELIGIBILITY

Surviving spouse

A surviving spouse will become eligible to be insured under the group policy as a participant on the date (his "eligibility date") on which he satisfies the following conditions:

- a) He satisfies the definition of *Surviving Spouse* in the group policy; and
- b) He is a full-time resident of Canada; and
- c) He is covered under the provincial health plan of his province of residence; and
- d) He is a member in good standing of the Association Québécoise des Directeurs et Directrices d'Établissement d'Enseignement Retraités (AQDER).

Dependents

A person will become eligible to be insured under the group policy as a dependent on the date (his "eligibility date") on which he satisfies the following conditions:

- a) He satisfies the definition of *Dependent* in the group policy; and
- b) He is a full-time resident of Canada; and
- c) He is covered under the provincial health plan of his province of residence; and
- d) The surviving spouse of whom he is a dependent has become eligible to be insured under the group policy.

GENERAL PROVISIONS

Dependent group insurance may not be effective before the surviving spouse's group insurance becomes effective.

APPLICATION FOR GROUP INSURANCE

Any surviving spouse who is eligible to become insured under the group policy must complete and submit an application for himself and for each of his dependents within 90 days following the date of the retiree's death, on forms supplied by, or satisfactory to, the insurer.

The surviving spouse must also become a member in good standing of the Association Québécoise des Directeurs et Directrices d'Établissement d'Enseignement Retraités (AQDER).

Then the surviving spouse becomes a participant under this group policy and as such, is now responsible for the premium payment according to the age reached by the surviving spouse and the protection status requested for himself and his dependent children, if applicable.

EFFECTIVE DATE OF INSURANCE

Life Insurance without evidence of insurability:

The surviving spouse's insurance and dependents' insurance, if any, will take effect on the person's eligibility date, if the application has been received by the insurer within 90 days of the retiree's date of death.

Life Insurance with evidence of insurability:

Surviving spouse: If the application is received after a period of 90 days following the date of the retiree's death, the surviving spouse insurance and his dependent children's life insurance, if applicable, will take effect on the date on which the insurer receives and approves the evidence of insurability for the surviving spouse and his dependents, if applicable.

Spouse of a Surviving spouse: The life insurance will take effect on the date on which the insurer receives and approves the evidence of insurability for the spouse of a surviving spouse.

GENERAL PROVISIONS

Supplemental Health Insurance without evidence of insurability:

The surviving spouse's insurance and dependents' insurance, if any, will take effect on the person's eligibility date, if the application has been received by the insurer within 90 days of the retiree's date of death.

Supplemental Health Insurance with evidence of insurability:

If the application is received after a period of 90 days of the eligibility date or of the retiree's date of death, the insurance will take effect on the date on which the insurer receives and approves the evidence of insurability for the surviving spouse and his dependents, if applicable, in regard to Supplemental Health Insurance.

TERMINATION OF INSURANCE

Participant

A participant's insurance automatically terminates on the earliest of the following dates:

- a) The date the group policy is terminated.
- b) The date the participant is no longer a full-time resident of Canada.
- c) The date the participant is no longer covered by his provincial health plan.
- d) The date of the participant's death.
- e) The date on which the participant fails to pay all of his group insurance premiums.
- f) The later of the following dates:
 - i) the date indicated on a written notice received from the policy-holder;
 - ii) the date this notice was received by the insurer.
- g) The date the participant is incarcerated after committing a criminal offence for which he was found guilty.

GENERAL PROVISIONS

- h) The date the participant ceases to qualify as a *Surviving Spouse* as defined in the group policy.

Dependents

A dependent's insurance terminates on the earliest of the following dates:

- a) The date the participant of whom he is a dependent ceases to be covered under the group policy.
- b) The date the dependent ceases to be a *Dependent* as defined in the group policy.
- c) The date the dependent reaches the age limit specified in the Summary of Benefits.
- d) The date the dependent is no longer a full-time resident of Canada.
- e) The date the dependent is no longer covered by the provincial health plan.
- f) The later of the following dates:
 - i) the date indicated on a written notice received from the policyholder;
 - ii) the date this notice was received by the insurer.
- g) The date on which the participant fails to pay all of his group insurance premiums.

CLAIMS

Life Insurance:

The insurer must receive notice of any claim for a Life Insurance benefit as soon as possible after the date of the event which gives entitlement to the benefit, but in any event within one year of the event.

Supplemental Health insurance:

The insurer must receive notice of any claim for a Supplemental Health Insurance benefit within 12 months of the date of the event which gives entitlement to the benefit.

GENERAL PROVISIONS

However, if the group policy terminates, notice of claim for a Supplemental Health Insurance benefit must be submitted to the insurer within 90 days following termination of the group policy.

All notices of claims must be submitted to the insurer on the forms provided for that purpose by the insurer and must include all information that the insurer deems necessary for the assessment of the claim. If all information that is required by the insurer is not received, the insurer will have the right to deny the claim.

The insurer reserves the right to require additional proof or information regarding a claim whenever it deems necessary.

If notice of claim is not received by the insurer within the periods set out above or additional proof or information requested by the insurer is not provided, the insurer will have the right to deny the claim.

The insurer will undertake all necessary actions to detect and investigate fraudulent claims under the group policy.

It is a crime if a participant should knowingly, and with the intent to defraud the insurer and the group plan, file a claim that contains any false, incomplete or misleading information.

The insurer retains the right to audit all claims at any stage, including after payment has been made, for fraud or misrepresentation. If the insurer determines that a participant has intentionally submitted a claim that contains false or misleading information, the insurer shall have the right, at its sole discretion, to notify the policyholder, decline the claim or require reimbursement if the claim has been paid. In addition, the insurer will have the right to terminate the participant's entire coverage under the group policy including any coverage for the participant's dependents, and will have the right to undertake the prosecution of the participant in accordance with provincial and/or federal law.

BENEFICIARY

The participant's beneficiary shall be the person or persons designated by the participant, in writing, to receive the death benefit payable under the Participant's Basic Life Insurance benefit, and if applicable, Participant's Optional Life Insurance benefit. If the participant does not designate a beneficiary, any death benefit payable under such benefits will be payable to the participant's estate.

GENERAL PROVISIONS

All benefits, other than the Participant's Basic Life Insurance benefit and Participant's Optional Life Insurance benefit, will be payable only to the participant, or if the participant is deceased at the time of the payment of the benefit, to his estate.

The participant will be able to designate a beneficiary or change a named beneficiary by a signed written declaration, subject to the provisions of the law.

The insurer will not be responsible for the sufficiency or validity of the beneficiary designation or change of beneficiary.

If the participant had named a beneficiary under the Policyholder's prior group policy, such designation will be applicable to the insurance provided under the group policy, unless the participant has changed the designation in writing with the insurer. The participant should review the beneficiary designation made under the Policyholder's prior group policy to ensure that it reflects the participant's current intentions in regard to his insurance.

The group policy contains a provision removing or restricting the right of the group insured to designate persons to whom or for whose benefit insurance money is to be payable.

INSURER'S RIGHT TO EXAMINATION OF A CLAIMANT

The insurer, at its own expense, shall have the right and opportunity, whenever it deems necessary, to require a medical examination, by a physician designated by it, of any person for whom a claim is submitted and to request an autopsy in case of death, where it is not forbidden by law. In addition, the insurer reserves the right to obtain the report of any medical practitioner who has examined the person for whom a claim was submitted.

The insurer, at its own expense and discretion, shall have the right and opportunity to conduct an examination under oath of any person who has submitted a claim or for whom a claim has been submitted under the group policy, whether or not a legal action has been commenced by the person under the group policy with respect to the claim.

GENERAL PROVISIONS

SUBROGATION

Where a benefit is payable under the group policy with respect to a participant or to a dependent of a participant and if such person has a right to recover damages from an individual or organization, the insurer will be subrogated to the rights to recovery of the participant or dependent against such individual or organization to the extent of all benefits paid in the past and all benefits payable in the future.

Without limiting the generality of this provision, the term “damages” will include any lump sum or periodic payments received on account of (i) past, present or future loss of income, loss of wages, or loss of earnings, and (ii) any other benefits paid or payable under the group policy. The participant or dependent shall reimburse the insurer up to the amount of any benefits paid in the past or that are payable in the future under the group policy out of the gross damages recovered whether recovered at trial, or prior to trial by way of any form of settlement, and without regard to whether the participant or dependent has obtained full recovery of his losses.

Where the participant or dependent recovers damages in a lump sum, either by way of settlement or court order, and no allocation has been made in that settlement for the benefits paid or payable by the insurer, the insurer shall be reimbursed, out of the gross damages recovered, the full amount of benefits that have been paid to the participant or dependent. The insurer shall also be entitled to be reimbursed an amount, as determined by the insurer, which reasonably reflects the value of the future benefits payable to the participant or dependent under the group policy. The insurer's recovery in this regard shall not exceed the participant or dependent's gross damages or settlement recovered. These rights of reimbursement shall be without regard to the terms of settlement or allocation that may have been agreed to by the participant or dependent and the third party or otherwise allocated.

In the event that the participant or dependent fails to reimburse the insurer in accordance with the group policy, no future benefits will be paid by the insurer until such time as the insurer recovers (a) the total amount of benefits paid to the participant or dependent; and (b) an amount that reasonably reflects, as determined by the insurer, the total amount or value of any future benefits payable to the participant or the dependent. The insurer's recovery in this regard shall not exceed the participant or dependent's gross damages or settlement recovered. The insurer shall also have the right to seek recovery directly from the participant or dependent in the event that any overpayment has resulted from the lack of reimbursement.

GENERAL PROVISIONS

The participant shall notify the insurer as soon as any action is commenced by him or his dependent against any third party which involves a claim for damages. The participant or dependent shall provide the insurer information, including copies of all relevant documentation, about any judgement or settlement of any claim against a third party which involves a claim for damages. The participant or the dependent will ensure that the subrogated rights of the insurer are advanced in any third party action and shall instruct his solicitor accordingly. The insurer shall not be responsible for any legal fees or expenses in regards to the advancement of its subrogated claim unless it has clearly agreed to such fees and expenses in writing in advance. The insurer reserves the right to retain its own counsel and/or pursue its subrogated rights against the third party and, in this respect, the participant/dependent and his solicitor shall fully cooperate with the insurer in the pursuit of its claim.

The insurer's subrogated claims shall not be settled or compromised in any way without its prior written consent. Unless the prior consent of the insurer has been obtained, no such settlement of any claim against the third party shall be binding on the insurer and the insurer shall have the right to seek recovery directly from the participant or dependent in accordance with its rights under the group policy.

LIMITATION ON LEGAL ACTIONS

No action or proceeding against the insurer shall be commenced within the first 60 days following the date on which written proof of claim is provided to the insurer in accordance with the terms and conditions of the group policy.

Every action or proceeding against an insurer for the recovery of insurance money payable under this group policy is absolutely barred unless commenced within the time set out in the *Insurance Act*, or other similar applicable legislation (e.g. *Limitations Act, 2002* [Ontario]; *Civil Code* [Quebec]) in the participant's province.

PARTICIPANT'S BASIC LIFE INSURANCE

Upon the death of the participant while insured under this benefit, the insurer undertakes to pay to the beneficiary the sum insured as indicated in the Summary of Benefits, subject to the terms and conditions of this benefit and the group policy.

CONVERSION PRIVILEGE

A participant whose life insurance is cancelled on or prior to his 65th birthday due to termination of

- a) his employment;
- b) his group membership; or
- c) the group policy and he has been continuously insured under a life insurance benefit provided by the policyholder for at least 5 years,

will be able to convert all or part of his life insurance to an individual life insurance policy without having to provide evidence of insurability.

The participant may choose to convert to one of the following types of insurance:

- a) permanent;
- b) term to age 65; or
- c) one year term convertible into permanent or term to age 65 at the end of one year.

The amount that can be converted to an individual policy will include all amounts of life insurance that the participant was covered for under this benefit, an Optional Life Insurance benefit and any other group insurance policy issued by the insurer, and will not exceed the lesser of:

- a) The amount selected by the participant;
- b) The amount for which the participant was insured immediately prior to the termination of his insurance;
- c) The difference between the amount for which the participant was insured immediately prior to the termination of his insurance, and the amount for which he is eligible under a new group insurance policy;
- d) \$200,000 (\$400,000 for participants living in the province of Quebec).

PARTICIPANT'S BASIC LIFE INSURANCE

The individual insurance policy shall not include a disability benefit, nor an accidental death and dismemberment benefit, and the premium shall be based on the insurer's rates in effect which apply to the type and amount of such policy, according to the participant's sex and attained age.

The individual policy will only be issued if the insurer receives a written request to that effect, together with a deposit covering the monthly premium for a one year term policy within 31 days of the date of the termination of the participant's insurance, and will take effect only at the expiration of that period.

Should the participant die during the period of 31 days following the termination of his insurance, the insurer shall pay an amount equal to that which he could have converted whether or not he made application for the individual policy.

PARTICIPANT'S OPTIONAL LIFE INSURANCE

A participant may obtain an amount of optional life insurance if he so requests it in writing to the insurer and furnishes evidence of insurability satisfactory to the insurer.

The sum insured that will be applicable to the participant will be the amount of insurance requested as provided for in the Summary of Benefits.

Upon the death of the participant while insured under this benefit, the insurer undertakes to pay the beneficiary the sum insured at the time of the participant's death, subject to the terms and conditions of this benefit and the group policy.

NON-SMOKER STATUS

If the insurer provides reduced premium rates for non-smokers, the participant must provide a non-smoker statement on his application card to receive such rates.

Misrepresentation of Non-Smoker Status

A participant who states that he is a non-smoker on his application card or on his last evidence of insurability declaration, if it is more recent, when he is a smoker, will be considered to have made a misrepresentation.

If it is proven, after the participant's death, that he had made a misrepresentation, the optional life insurance benefit of the participant will become null and void and no optional life insurance will be payable under this benefit.

Proof of Status

The insurer reserves the right to request new proof of the participant's non-smoker status each time evidence of insurability may be required.

EXCLUSION

If a participant commits suicide, regardless of any impairment, illness, or state of mind, less than 24 months after the date his coverage under this benefit commenced, no benefit will be payable by the insurer. The insurer will refund to the beneficiary the premiums paid in respect of the participant's optional life

PARTICIPANT'S OPTIONAL LIFE INSURANCE

insurance and such refund will constitute a full discharge of the insurer's liability under this benefit.

The 24 month period starts anew on the date:

- a) the optional life insurance is reinstated; or
- b) the optional life insurance amount is increased at the participant's request, but only for the additional amount of insurance.

ADDITIONAL PROVISIONS

Any provisions of the Participant's Basic Life Insurance benefit which are not inconsistent with the provisions of this benefit will form part of this benefit.

BASIC LIFE INSURANCE FOR THE PARTICIPANT'S SPOUSE AND DEPENDENT CHILDREN

Upon the death of a dependent while insured under this benefit, the insurer undertakes to pay to the participant the sum insured, as indicated in the Summary of Benefits, subject to the terms and conditions of this benefit and the group policy.

CONVERSION PRIVILEGE

A participant whose spouse's life insurance is cancelled on or prior to the earlier of (i) his 65th birthday and (ii) his spouse's 65th birthday, due to the termination of

- a) his employment;
- b) his group membership; or
- c) the group policy and his spouse had been continuously insured under a Basic Life Insurance for the Participant's Spouse benefit provided by the policyholder for at least 5 years,

will be able to convert all or part of his spouse's life insurance to an individual life insurance policy without having to provide evidence of insurability.

A spouse whose life insurance is cancelled on or prior to the earlier of (i) his 65th birthday and (ii) the 65th birthday of the participant, due to the death of the participant, will be able to convert all or part of his life insurance to an individual life insurance policy without having to provide evidence of insurability.

The participant or spouse, if applicable, will be able to convert the life insurance to one of the following types of insurance:

- a) permanent;
- b) term to age 65; or
- c) one year term convertible into permanent term or term to age 65 at the end of the one year.

The amount that can be converted to an individual policy will include all amounts of life insurance that the spouse is covered for under the group policy, an Optional Life Insurance benefit and any other group insurance policy issued by the insurer and will not exceed the lesser of:

- a) the amount selected by the participant or the spouse, if applicable;

BASIC LIFE INSURANCE FOR THE PARTICIPANT'S SPOUSE AND DEPENDENT CHILDREN

- b) the amount for which the spouse was insured immediately prior to the termination of his insurance; and
- c) the difference between the amount for which the spouse was insured immediately prior to the termination of his insurance and the amount for which he is eligible under a new group insurance policy; and
- d) \$200,000 (\$400,000 for participants living in the province of Quebec).

The individual policy shall not include a disability benefit nor an accidental death and dismemberment benefit and the premiums shall be based on the insurer's rates in effect which apply to the type and amount of such policy, based on the spouse's sex and attained age.

The individual policy will only be issued if the insurer receives a written request to that effect, together with a deposit covering the monthly premium for a one year term policy, within 31 days of the date of the termination of the spouse's insurance and will take effect only at the expiration of that period.

Should the spouse die during the period of 31 days following the termination of his insurance, the insurer shall pay an amount equal to that which could have been converted to the participant, or the participant's estate if he is no longer living, whether or not application had been made for the individual policy.

OPTIONAL LIFE INSURANCE FOR THE PARTICIPANT'S SPOUSE

A participant may obtain an amount of optional life insurance on his spouse if he so requests it in writing to the insurer and furnishes evidence of insurability satisfactory to the insurer.

The sum insured that will be applicable to the spouse will be the amount of insurance requested as provided for in the Summary of Benefits.

Upon the death of the spouse while insured under this benefit the insurer undertakes to pay to the participant the sum insured at the time of death, subject to the terms and conditions of this benefit and the group policy.

CONVERSION PRIVILEGE

A participant whose spouse's optional life insurance is cancelled on or prior to the earlier of (i) his 65th birthday and (ii) his spouse's 65th birthday, due to the termination of

- a) his employment;
- b) his group membership; or
- c) the group policy and his spouse had been continuously insured under a Basic Life Insurance for the Participant's Spouse benefit provided by the policyholder for at least 5 years,

will be able to convert all or part of his spouse's optional life insurance to an individual life insurance policy without having to provide evidence of insurability.

A spouse whose optional life insurance is cancelled on or prior to the earlier of (i) his 65th birthday and (ii) the 65th birthday of the participant, due to the death of the participant, will be able to convert all or part of his life insurance to an individual life insurance policy without having to provide evidence of insurability.

The participant or spouse, if applicable, will be able to convert the optional life insurance to one of the following types of insurance:

- a) permanent;
- b) term to age 65; or
- c) one year term convertible into permanent term or term to age 65 at the end of the one year.

OPTIONAL LIFE INSURANCE FOR THE PARTICIPANT'S SPOUSE

The amount that can be converted to an individual policy will include all amounts of optional life insurance that the spouse is covered for under the group policy, a Life Insurance benefit and any other group insurance policy issued by the insurer and will not exceed the lesser of:

- a) the amount selected by the participant or the spouse, if applicable;
- b) the amount for which the spouse was insured immediately prior to the termination of his insurance; and
- c) the difference between the amount for which the spouse was insured immediately prior to the termination of his insurance and the amount for which he is eligible under a new group insurance policy; and
- d) \$200,000 (\$400,000 for participants living in the province of Quebec).

The individual policy shall not include a disability benefit nor an accidental death and dismemberment benefit and the premiums shall be based on the insurer's rates in effect which apply to the type and amount of such policy, based on the spouse's sex and attained age.

The individual policy will only be issued if the insurer receives a written request to that effect, together with a deposit covering the monthly premium for a one year term policy, within 31 days of the date of the termination of the optional life insurance for the participant's spouse and will take effect only at the expiration of that period.

Should the spouse die during the period of 31 days following the termination of his insurance, the insurer shall pay an amount equal to that which could have been converted to the participant, or the participant's estate if he is no longer living, whether or not application had been made for the individual policy.

NON-SMOKER STATUS

If the insurer provides reduced premium rates for non-smokers, the spouse must provide a non-smoker statement on the application card to receive such rates.

OPTIONAL LIFE INSURANCE FOR THE PARTICIPANT'S SPOUSE

Misrepresentation of Non-Smoker Status

A spouse who states that he is a non-smoker on the application card or on his last evidence of insurability declaration, if it is more recent, when he is a smoker, will be considered to have made a misrepresentation.

If it is proven, after the spouse's death, that he had made a misrepresentation, the optional life insurance of the spouse will become null and void and no optional life insurance will be payable under this benefit.

Proof of Status

The insurer reserves the right to request new proof of the spouse's non-smoker status each time evidence of insurability may be required.

EXCLUSION

If a person insured for optional life insurance commits suicide, regardless of any impairment, illness, or state of mind, less than 24 months after the date his optional life insurance commenced under this benefit no benefit will be payable by the insurer. The insurer will refund to the participant the premiums paid in respect of such person and the refund will constitute a full discharge of the insurer's liability under this benefit.

The 24 month period starts anew on the date:

- a) the optional life insurance is reinstated; or
- b) the optional life insurance amount is increased at the participant's request, but only for the additional amount of insurance.

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE

The insurer undertakes to reimburse the medical expenses defined herein which are due to an injury, illness or pregnancy and which are incurred after the insured person became covered under this benefit, subject to the terms and conditions of this benefit and the group policy.

DEFINITIONS

As used in this benefit:

Convalescent home: Such terms designate an institution or health unit legally acknowledged as such, including senior's residence with a designated section intended for the care of bedridden patients.

Nursing homes, rest homes, rehabilitation institutions, chronic care institutions, residential and long-term care facility, drug and alcohol treatment centres are excluded.

General risk levels for countries, territories or regions: One of the 4 risk levels applied by the government of Canada to a country, territory or region and which determines the security conditions as indicated under the Travel Advice and Advisories issued by the government of Canada.

- Level 1: Exercise normal security precautions;
- Level 2: Exercise a high degree of caution;
- Level 3: Avoid non-essential travel;
- Level 4: Avoid all travel, including all travel on cruise ships.

Hospital: An institution which

- a) is legally licensed by the appropriate government body;
- b) is intended for the care of bedridden patients; and
- c) provides at all times the services of physicians and registered nurses.

Medical emergency: A sudden or unexpected occurrence that requires immediate medical attention.

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE

Medically required: Certified by a physician as required to treat a condition which is detrimental to the patient's health.

Prosthesis: A device designed to replace all or part of a limb or an organ.

HOSPITALIZATION IN THE PROVINCE OF RESIDENCE

Room and board charges made by a hospital in the province of residence which are in excess of the amount reimbursed by the government health plan, up to the daily maximum specified in the Summary of Benefits, provided:

- a) the insured person is confined to the hospital on an in-patient basis to receive curative treatment or care related to a pregnancy, as recommended by the attending physician;
- b) the insured person was hospitalized for acute care and not chronic, long-term or convalescent care; and
- c) the expenses incurred are recognized up to the maximum daily cost as provided for in the fee schedule decreed by the government body concerned.

EMERGENCY MEDICAL EXPENSES INCURRED OUTSIDE THE PROVINCE OF RESIDENCE

As of January 1, 2021:

If on the date of the insured person's departure the Government of Canada has assigned a general risk level of 1, 2, or 3, for a country, territory or region:

Expenses for the services and supplies listed herein will be covered, up to the maximum specified in the Summary of Benefits, when they are incurred as a result of a medical emergency which occurs during an insured person's absence from his province of residence provided:

- a) **According to the Government of Canada**

The risk level is either 1 or 2:

The medical emergency occurs during the first 180 days of the insured person's absence from his province of residence, or if the absence is due

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE

to his attendance at an accredited educational institution on a full-time basis, the medical emergency occurs during the school year for which he is enrolled at the institution; and

The risk level is 3:

The medical emergency occurs during the first 30 days of the insured person's absence from his province of residence, or if the absence is due to his attendance at an accredited educational institution on a full-time basis, the medical emergency occurs during the school year for which he is enrolled at the institution; and

- b) the insured person's absence was due to business, a vacation or full-time attendance at an accredited educational institution; and
- c) the provision of the services and supplies could not have been delayed until the insured person had returned to his province of residence without endangering his health.

If on the date of the insured person's departure the Government of Canada has assigned a general risk level of 4, for a country, territory or region:

No protection is provided under this benefit for the entire duration of the absence for business, a vacation or full-time attendance at an accredited educational institution.

Change in the general risk level after the date of departure, while the insured person is outside his province of residence:

If the Government of Canada changes the general risk level assigned to a country, territory or region after the date of departure of the insured person for business, a vacation or full-time attendance at an accredited educational institution, the following conditions apply:

If the general risk level was 1 or 2 on the date of departure, and the level changes to 3:

The insured person has 14 days to return to Canada, from the date of the change in the level of risk, or if the absence is due to the insured person's full-time attendance at an accredited educational institution, the period applicable to the school year during which the insured person was enrolled in an educational institution; or

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE

If the general risk level was 1 or 2 on the departure date, and the level changes to 4:

The insured person has 14 days to return to Canada from the date of the change in risk level.

If the general risk level was 3 on the departure date, and the level changes to 1 or 2:

The insured person has the first 180 days from the date of departure, as indicated previously under *The Risk level either 1 or 2*; or if the absence is due to the insured person's full-time attendance at an accredited educational institution, the period applicable to the school year during which the insured person was enrolled in an educational institution; or

If the general risk level was 3 on the departure date, and the level changes to 4:

The insured person has 14 days to return to Canada from the date of the change in risk level.

Failure to meet these conditions may result in the insurer limiting or denying the insured person's claim resulting, directly or indirectly, from the medical emergency.

From within Canada or the United States	1 800 203-9024 (toll free)
From outside Canada or the United States:	514 499-3747 (collect)

The following services and supplies which are received as a result of a medical emergency will be covered:

- a) Services of a physician;
- b) Accommodation in a hospital up to the level specified for the Hospitalization in the Province of Residence benefit;
- c) Medical services, appliances and supplies furnished during a hospital confinement;
- d) Diagnostic, medical imaging and laboratory services;
- e) Paramedical services provided during a hospital confinement;

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE

- f) Hospital out-patient services and supplies;
- g) Drugs;
- h) Medical appliances and supplies provided out of hospital;
- i) Professional ambulance service to transport the insured person to the nearest hospital equipped to provide the required medical treatment;
- j) Charges for the rental of wheelchairs, hospital beds or respiratory assistance devices;
- k) Charges for the purchase of hernia belts, corsets, crutches, splints, other than dental splints, casts and other orthopedic devices;
- l) Professional fees of a dental surgeon for accidental lesions to natural, healthy and entire teeth, following an accident occurring outside the province of residence of the insured person, up to a maximum reimbursement of \$1,000 per accident. The charges shall not exceed the amount shown for the treatment in the current provincial fee schedule for general practitioners in the insured person's province of residence and the charges must be incurred within 12 months of the date of the accidental injury.

For paramedical services, drugs and medical appliances, only those drugs, appliances and services which would have been covered in the insured person's province of residence will be covered when they are received outside of his province of residence in a medical emergency.

Limitations for Emergency Medical Expenses Incurred Outside The Province Of Residence

If the insured person should become hospitalized outside of his province of residence due to a medical emergency, the insured person will be required to contact the insurer's Medical Assistance Service provider as soon as the person is reasonably able to do so after the commencement of his hospitalization. Failure to do so may result in the insurer limiting or denying the insured person's claim resulting from the medical emergency.

In addition, if during a medical emergency, the insurer determines that the insured person can be repatriated to his province of residence without endangering his health and the insured person refuses to be repatriated, the insurer will not be responsible for any further expenses incurred by the insured person due to the medical emergency.

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE

No coverage will be provided under this benefit for any expenses that are incurred for a medical emergency if:

- a) The insured person's medical condition was not stable before the absence from his province of residence began; and
- b) The medical emergency results directly or indirectly from that medical condition.

The insurer determines, at its sole discretion, what stable means. In this assessment, the insurer may take into consideration medical factors, such as but not limited to the following:

- a) Medical status;
- b) Medical treatment, examination, consultation or hospitalization;
- c) Increase or worsening of any symptom or health problem;
- d) Change in medical treatment or in medication;
- e) Medical treatment or examination planned or for which results are pending for any symptom or health problem;

within a period of 90 days prior to that absence.

TRAVELLING EXPENSES

DEFINITIONS

Collective transport means a set of modes of transport using vehicles adapted to simultaneously accommodate several people for business purposes. For the purposes of this benefit, the recognized modes of public transport are: taxi, bus, plane, train and boat.

TRAVELLING EXPENSES

The following expenses are covered provided they were incurred while the insured person was covered by this benefit, up to the maximums provided in the Summary of Benefits:

- a) Travel expenses incurred by the insured person in order to consult or receive medically required treatment that is not available in the public health system of the insured person's usual place of residence.

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE

The following travel expenses are covered:

- i) The cost of travel by public transport; or
- ii) The cost of using a private automobile, up to a maximum of \$0.30 per kilometer.

Reimbursement of travelling expenses is made according to the least expensive option, unless not permitted by the medical condition.

Travel costs are covered provided that:

- i) The trip was made on a reasonably direct route; and
- ii) The travel is medically required as certified in writing by the attending physician, other than himself; and
- iii) Substantially equivalent medical care is not available within a 75 km or more radius of the insured person's usual place of residence; and
- iv) Medical care is provided in a facility or establishment of the public health system; and
- v) The travel is caused only for consultation or treatment within the province of residence.

b) The accommodation expenses covered are:

- i) Living expenses for accommodation and meals in a commercial establishment where an insured person must postpone their return as certified in writing by the attending physician, subject to a maximum daily reimbursement of \$250.

Accommodation expenses are covered provided, that:

- i) The attending physician certifies in writing that the consultation or treatment requires a stay; and
- ii) Accommodation and transportation expenses are deemed to be necessary and reasonable by the insurer; and
- iii) Accommodation expenses are incurred solely by the travelling of the insured person in order to receive the specialized medical care covered by this benefit; and

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE

- iv) Substantially equivalent medical care is not available within a 150 km or more radius of the insured person's usual place of residence.

In addition to the exclusions and reductions listed in this benefit, Travelling Expenses do not cover the following:

- a) Travelling expenses to pick up a device or medication.
- b) Charges for consultations or treatments, unless it is stated that these costs are covered under this benefit.

In the event that an insured person needs to be moved while receiving benefits under this coverage, the insured person may submit a written request to the insurer for additional benefits, up to the maximums provided in the Summary of Benefits, to cover the actual expenses relating to accommodation and transport incurred by an accompanying person, provided that:

- a) The attending Physician certifies in writing that the insured person is unable to travel alone to obtain medical treatment; and
- b) All the conditions imposed on the insured person's travelling and accommodation expenses are met.

NOTE

These expenses may be eligible for reimbursement under a program set up by certain health and social services centres. However, this program is administered by the institution responsible for the treatment of the insured person. In order to verify the existence of such a program in his province of residence, the insured person must contact the hospital, the CLSC or the health and social services centres. These organizations are first payers and only the expenses which are not reimbursed by these organizations are eligible.

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE

MEDICAL EXPENSES INCURRED IN CANADA, OTHER THAN EMERGENCY MEDICAL EXPENSES INCURRED OUTSIDE THE PROVINCE OF RESIDENCE

The following medical expenses are covered, up to the maximums specified in the Summary of Benefits:

- a) Services rendered at the insured person's home by a registered nurse or certified nursing assistant provided:
 - i) the services were prescribed by a physician and pre-approved by the insurer;
 - ii) the services are medically required;
 - iii) the services fall within the scope of services provided by a registered nurse or certified nursing assistant; and
 - iv) the registered nurse or certified nursing assistant is unrelated to the insured person and does not normally reside with him.
- b) Licensed ambulance service in a medical emergency for transportation to the nearest hospital equipped to provide the required treatment, or for transportation therefrom, when the physical condition of the insured person precludes the use of any other means of transportation, including the cost of oxygen therapy treatments received during transportation.
- c) Drugs (including preventive immunization vaccines and anti-obesity drugs) which are dispensed by a pharmacist and which can only be obtained with a written prescription of a healthcare provider who is legally licensed to prescribe drugs, excluding prescription drugs which are listed under the Basic Prescription Drug Insurance Plan of Quebec and other products excluded under the Exclusions and Reductions provision of this benefit.
 - Drugs concerned by this clause are those listed in the current edition of the file of the Quebec Association of Proprietor Pharmacists and whose use is in accordance with indications approved by government authorities or, failing that, by the manufacturer;
 - In the case of drugs injected in the private practice of a health professional, only the injected substance is covered and not the medical act;

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE

- Insulin supplies, such as needles, syringes, lancets and diagnostic testing materials.

Dispensing Limitations

The quantity of drugs which may be dispensed for any one prescription will be limited to that amount sufficient for up to a 90 day period.

Certain drugs will require pre-authorization by the insurer prior to the commencement of their usage. For these drugs the insured person will be required to have his attending physician provide the insurer with information describing his medical condition, previous treatment history and the medical criteria for prescribing the drug.

As part of its pre-authorization process, the insurer may request that a drug be purchased from a preferred pharmacy network that has been approved by the insurer. If the insured person should choose to use another pharmacy, the amount reimbursed to the insured person will be based on the amount which would have been charged by the insurer's approved pharmacy network. The insurer will not be responsible for any amounts in excess of the amounts that would have been reimbursed had the insured person used the approved pharmacy network.

The insurer reserves the right to exclude coverage of any drug where it has determined, at its sole discretion, that coverage of the drug causes or may cause a material change in the risk insured under the group policy or a material change in risk for the insurer in general.

If the drug is an original drug which has a generic equivalent, the amount payable will be based on the lowest priced interchangeable drug. However, if the insured person provides proof, satisfactory to the insurer, that due to a valid medical reason as verified by his attending physician, that he must take the original drug, the insurer will make payment based on the cost of the eligible drug prescribed.

As used above, lowest priced interchangeable drug will include, but is not limited to

- i) an alternative drug to the original drug deemed interchangeable by law; or
- ii) a subsequent entry biologic.

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE

- d) Room and board charges made in a convalescent home provided:
- the confinement was recommended by a physician;
 - the services offered are medically required;
 - the confinement takes place within 14 days of a period of hospitalization.
- e) Charges for diagnostic laboratory tests, x-rays, other than x-rays by a chiropractor, ultrasounds, magnetic resonance imaging (MRI), tomography, computer tomography (CT scan) and pharmacogenetic tests, provided
- i) coverage for the tests and services is not prohibited by provincial legislation;
 - ii) the tests and services are performed in a facility licensed to perform such tests and services; and
 - iii) the tests and services are required for the diagnosis of an illness or injury or to determine the effectiveness of the treatment being prescribed or received.
- f) Fees for the care provided by one of the paramedical practitioners listed in the Summary of Benefits provided the practitioner is licensed by the appropriate provincial or federal organization to practice his profession in accordance with the rules of his profession.
- If the services of the practitioner are covered by the provincial health plan, no coverage will be provided under this benefit for any amount payable for such services under the provincial plan.
- However, treatments given by a physical rehabilitation technician are only recognized by the insurer if they are given under the supervision of a physiotherapist or physiatrist.
- In the case of the naturopath, only consultations aimed at obtaining dietary advice, or establishing a health check or a diet based on natural products are eligible.
- g) Charges for x-rays by a chiropractor.

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE

- h) Charges for the rental of, or at the insurer's option, the purchase of the following medical appliances and supplies provided they are prescribed by a physician:
 - i) breast prostheses;
 - ii) medical elastic stockings prescribed for the treatment of varicose veins or required as a result of severe burns or surgery;
 - iii) orthopedic shoes for which the medical necessity of was determined by a health practitioner operating within the scope of his license and which have been custom made, modified or custom molded for the insured person by a certified specialist in orthopedic footwear. Off the shelf orthopedic shoes which have not been modified for the insured person will not be eligible for coverage;
 - iv) foot orthoses which are medically required by a health practitioner operating within the scope of his license and which have been specifically designed and constructed for the insured person by a certified specialist in foot orthoses. Off the shelf foot orthoses which have not been specifically designed and constructed for the insured person will not be eligible for coverage;
 - v) intrauterine devices, when prescribed by a physician;
 - vi) braces with rigid support; back supports; shoulder harnesses; head halters and cervical collars;
 - vii) splints, other than dental splints, and casts;
 - viii) canes, crutches, walkers and deep massage cushion Obusforme type;
 - ix) sclerosing injections;
 - x) wigs.
- i) The following therapeutic appliances:
 - i) aerosol equipment, mist tents and nebulizers for cystic fibrosis, acute emphysema, chronic obstructive bronchitis or chronic asthma;
 - ii) apnea monitors for respiratory dysrhythmias;
 - iii) intermittent positive pressure breathing machine;

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE

- iv) catheters;
- v) transcutaneous nerve stimulator;
- vi) diabetic monitoring and administration equipment (including insulin pumps), other than the insulin supplies such as needles, syringes, lancets and diagnostic testing materials;
- vii) oxygen tent and supplies for oxygen administration (oxygen concentrator, portable concentrator, oxygen connector, adapter; basket cart and transport oxygen), excluding the carrying bag;
- viii) colostomy and ileostomy apparatus and supplies;
- ix) manually operated hospital beds or electrically operated hospital beds when the insured person is incapable of operating a manually operated hospital bed due to a medical condition, including bed rails and trapeze bars;
- x) manual wheelchairs or electric wheelchairs when the insured person is incapable of operating a manual wheelchair due to a medical condition;
- xi) artificial prostheses, including repairs and replacements.
- j) Charges for the rental of, or the purchase of hearing aids or any related devices (including repairs and replacements but not batteries), and the professional services given by a hearing aid acoustician following the purchase of the hearing aid or related device provided they have been prescribed by a physician or an audiologist.
- k) Charges made by a substance abuse treatment facility (including cost of room and board and nursing care) provided
 - i) the insured person is involved in a substance abuse treatment program at the facility;
 - ii) the facility is a legally licensed facility providing care and treatment on a regular basis to individuals who are involved with substance abuse and is operating in accordance with the laws of the jurisdiction in which it is located, and
 - iii) the insurer has approved the facility prior to the charges being incurred.

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE

- l) Dental care given out of hospital by a dentist which is required as a result of accidental injury to whole, healthy, natural teeth, provided
 - i) the accidental injury occurs while the insured person is covered under this benefit;
 - ii) the care is the least expensive that will provide a professionally adequate treatment;
 - iii) the charges do not exceed the amount shown for the treatment in the current provincial fee schedule for general practitioners in the participant's province of residence; and
 - iv) the care is received within 12 months of the date of the accidental injury.

Any charges for dental care which is not related to the accidental injury will not be covered.

- m) Charges made for cosmetic surgery made necessary following an accident which occurred while the person was insured, on condition that the treatments begin within 12 months of the date of the accident and end within 24 months of this dated.

EXCLUSIONS AND REDUCTIONS

This benefit does not cover any expense:

- a) Payable or reimbursable under a workers' compensation act or would have been payable if the claim had been submitted;
- b) For an illness or injury or any expenses resulting, directly or indirectly, from a self-inflicted injury unless medical evidence establishes that the injury was directly related to a mental health illness;
- c) For an illness or injury resulting from civil unrest, insurrection or war, whether war be declared or not, or participation in a riot;
- d) For an illness or injury resulting from the commission of or attempted commission of a criminal offence or provoking of an assault;
- e) For an injury or illness incurred during the engagement of the insured person as an active member of the armed forces of any country;

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE

- f) For treatment or appliances to correct vertical dimension or any temporomandibular joint dysfunction, or any expenses for dental care, except if specifically mentioned as being covered under this benefit;
- g) For care or treatment which is not medically required, which is given for cosmetic purposes or for any reason other than curative, which exceeds the normal care or treatment given in accordance with current therapeutic practice, or is of an experimental nature;
- h) For any care or treatment included in the protocol of a research and development program for a product whose use has not been recommended by the manufacturer or which does not comply with government standards;
- i) For care or treatment of an illness or injury that is not recognized as normal, customary and common practice for such illness or injury;
- j) For any portion of a charge for care or treatment which is in excess of the reasonable and customary charge normally incurred for an illness or injury of the same nature and severity in the locality where the service is provided;
- k) For any care or treatment rendered free of charge or which would have been free of charge were it not for insurance coverage or which is not chargeable to the insured person;
- l) For rest cures or travel for reasons of health;
- m) For any travel undertaken for professional reasons where the insured person works as an accompanying person on behalf of a travel agency;
- n) For eye examinations, eyeglasses and contact lenses;
- o) For care or treatment related to fertility or infertility;
- p) For the purchase or rental of any comfort or massage apparatus, and of domestic accessories that are not exclusively required for medical purposes;
- q) For any services or supplies which are for the sole purpose of facilitating the insured person's participation in sports or recreational activities and not for daily living activities;
- r) For preventive immunization vaccines or the administration of serums, vaccines and injectable medications, except if mention is made that these expenses are covered under this benefit;

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE

- s) For contraceptives (other than oral), except if mention is made that these expenses are covered under this benefit;
- t) For the following products unless such products can only be obtained with a written prescription of a healthcare provider who is legally licensed to prescribe them and they are required to be dispensed by a pharmacist:
- products for the care of contact lenses;
 - proteins or dietary supplements, amino acids;
 - baby food;
 - mouthwash, bandages and throat lozenges;
 - shampoos, oils, creams, sunscreens*;
 - toilet products including soaps and emollients;
 - skin softeners and protectors;
 - vitamins, vitamin supplements or multivitamins;
 - minerals;
 - homeopathic or so-called “natural” products;
 - anabolic steroids;
- * *Sunscreens may be covered when needed to treat people with illnesses requiring such products.*
- u) For drugs listed under the Basic Prescription Drug Insurance Plan of Quebec;
- v) For biologic drugs whose biosimilar version is included in the list of drugs insured by the RAMQ under the Basic Prescription Drug Insurance Plan of Quebec;
- w) For any contribution to the cost of drugs and pharmaceutical services which must be paid by the insured person under the Basic Prescription Drug Insurance Plan of Quebec;
- x) For any drugs which are considered lifestyle drugs such as, but not limited to, drugs for the treatment of infertility, erectile dysfunction, loss of hair or lack of growth;
- y) For any drugs which are excluded from coverage by the insurer under the Dispensing Limitations provision of this benefit;
- z) For any prescriptions which are dispensed by a clinic or by any non-accredited hospital pharmacy or for treatment as an out-patient in a hospital, including emergency status and investigational status drugs;

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE

- aa) For any care or treatment received outside of the province of residence due to a medical emergency which is related to (i) a pregnancy, if the medical emergency occurs after the 32nd week of gestation or (ii) the deliberate inducement of a miscarriage;
- bb) For any care or treatment received outside of the province of residence due to a medical emergency, if on the date of the insured person's departure, the Government of Canada had assigned a general risk level of 4, for a country, a territory or region;
- cc) For any care or treatment which was provided by a healthcare provider who, or a service provider that:
 - i) has been charged with professional misconduct or improper practices; or
 - ii) is under investigation by an official body resulting from a law or regulation; or
 - iii) is under investigation by the insurer in regards to his professional conduct or practice; or
 - iv) is a member of a profession that is not regulated by an officially recognized federal or provincial regulatory body in the jurisdiction where the services were provided; or
 - v) in the opinion of the insurer, does not meet the insurer's standards relevant to his professional conduct or practice; or
 - vi) is an employee, contractor, principal, or member of
 - any business, group or association who is the subject of any of the matters set out in subparagraphs (i) to (v) above; or
 - any entity that is affiliated with or related to such business, group or association.

The amount of benefit payable will be reduced by any benefit that is payable or reimbursable (i) under a government plan, a group plan or an individual plan, or that would have been payable had the person submitted a claim under such plan or (ii) by a third party as a result of a legal action or settlement.

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE

CALCULATION OF REIMBURSEMENT

Deductible

The deductible, if any, must be paid by the insured person during the calendar year before any benefits are payable under this benefit. The deductible is specified in the Summary of Benefits.

Carry-over Provision

If the deductible for a calendar year is satisfied in whole or in part by the payment of covered expenses incurred during the last 3 months of the calendar year, the amount of covered expenses incurred in such 3 month period and which were applied toward satisfaction of the deductible for that calendar year, shall be carried over and applied toward satisfaction of the deductible for the next calendar year.

Reimbursement

The insurer will reimburse the percentage of covered expenses incurred, as specified in the Summary of Benefits, once the deductible has been satisfied.

Maximum Benefit Per Insured Person

The maximum amount that will be reimbursed by the insurer under this benefit is specified in the Summary of Benefits.

Co-ordination of Benefits

When an insured person is eligible to receive benefits simultaneously under this coverage and any other coverage which pays expenses for care, services and supplies which are for or by reason of health care or treatment, the coverages will be co-ordinated to ensure that payment by all the coverages do not exceed the actual expenses incurred. The term "coverage" will mean any coverage providing care, services or supplies under:

- i) any group, individual or family insurance, travel insurance, creditor's or savings insurance plan,
- ii) any government sponsored plan, and

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE

- iii) any non-insured employee benefit plan.

CONVERSION PRIVILEGE

A participant whose coverage under the group policy is cancelled due to termination of

- a) his employment; or
- b) his group membership,

will be able to convert his supplemental health insurance coverage to an individual insurance contract without having to submit evidence of insurability to the insurer.

The individual insurance contract that will be provided will be in accordance with the rates and terms and conditions established by the insurer.

The participant must make application and pay all required premiums for the individual insurance contract within 60 days of the termination date of his insurance under the group insurance plan. Failure to submit the application and premium within such 60 days will prevent the participant from obtaining the insurance under the individual insurance contract.

The individual insurance contract will take effect on the date that both the application and the premium have been received by the insurer.

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE – HOME CARE

The insurer undertakes to reimburse the expenses for the care and services defined herein **following hospitalization or day surgery in Canada which results in a period of convalescence** subject to the terms and conditions specified below and in the group policy, provided (i) the insured person is unable to perform at least one of the basic activities of daily living and (ii) the insured person's attending physician provides medical information concerning the surgery or hospitalization and the date it was scheduled.

DEFINITIONS

As used in this benefit:

Basic activities of daily living:

- a) **feeding:** preparing and eating meals;
- b) **dressings:** gathering clothes and getting dressed (for example, tying shoes or buttoning a shirt);
- c) **using the toilet;**
- d) **moving (from the bed to a chair):** laying down in bed and getting up from bed or sitting down in a chair and getting up from it. An insured person who is only able to move with the help of a cane or walker will be considered to be unable to move; and
- e) **personal hygiene:** getting in or out of the bathtub or shower and washing.

Day surgery: Surgery which is performed in a hospital or out-patient clinic affiliated with a hospital and requiring local, regional or general anaesthesia, but will not include minor surgery that can be performed in the physician's office.

Home care services provider: An individual working for remuneration for a co-operative or incorporated or registered agency specializing in home care, as well as any self-employed worker receiving a contract from such co-operative or agency.

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE – HOME CARE

Hospitalization: Occupancy of a hospital room as an admitted bedridden patient where a room and board charge has been made in connection with the confinement. Day surgery will be considered to be a period of hospitalization.

Member of the immediate family: The spouse, father, mother, child, brother or sister of the insured person.

COVERED EXPENSES

The expenses for the following services will be covered if they are incurred after the date the insured person became insured under this benefit:

a) Home care services:

The following services are covered, up to the maximum specified in the Summary of Benefits:

- i) assistance to accomplish a basic daily activity;
- ii) household maintenance (regular maintenance of the home, including cleaning, dishes and laundry);
- iii) regular maintenance outside the home (snow removal, lawn mowing);
- iv) preparation of meals; and
- v) accompanying the insured person to medical appointments.

The services provided by a supplier must be dispensed at the home of the insured person.

b) Child care expenses for children 13 years of age and under:

Fees to care for the dependent children of the participant, at the participant's home or in a day-care, up to the daily maximum specified in the Summary of Benefits. The individual who provides the child care services must not be a member of the insured person's immediate family and must not normally live with him.

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE – HOME CARE

Only the fees in excess of those that were being incurred by the participant or the participant's spouse before the period of convalescence of the insured person will be covered under this benefit.

c) Transportation fees:

Transportation fees incurred by the insured person in order for him to receive medical care or to attend a medical follow-up subsequent to the hospital stay or day surgery, up to the maximum specified in the Summary of Benefits.

The transportation fees that will be covered are:

- i) the cost for transportation in a public conveyance or taxi; or
- ii) the cost of using a private automobile plus parking expenses.

EXCLUSIONS AND REDUCTIONS

In addition to the exclusions and reductions outlined in the Exclusions and Reductions provision of the Supplemental Health Insurance benefit, this benefit does not cover the following:

- a) Any expenses incurred following a hospitalization or day surgery scheduled before the effective date of this benefit.
- b) Any expenses incurred while the insured person is able to perform the basic activities of daily living or after he has returned to work.
- c) Any expenses incurred following a hospitalization for childbirth, except where the insured person remained in hospital for a period of 7 days or more after delivery on the recommendation of the attending physician.
- d) Any expenses for services that are rendered more than 60 days after the insured person was released from the hospital or underwent day surgery, whichever is applicable.

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE – EMERGENCY OUT OF PROVINCE ASSISTANCE

As of January 1, 2021:

If on the date of the insured person's departure the Government of Canada has assigned a general risk level of 1, 2, or 3, for a country, territory or region:

The services listed herein will be provided in connection with a medical emergency or personal emergency which occurs while the insured person is absent from his province of residence provided:

- a) the insured person is covered by the Supplemental Health Insurance benefit at the time of the emergency;
- b) **According to the Government of Canada**

The risk level is either 1 or 2:

The medical emergency occurs during the first 180 days of the insured person's absence from his province of residence, or if the absence is due to his attendance at an accredited educational institution on a full-time basis, the medical emergency occurs during the school year for which he is enrolled at the institution; and

The risk level is 3:

The medical emergency occurs during the first 30 days of the insured person's absence from his province of residence, or if the absence is due to his attendance at an accredited educational institution on a full-time basis, the medical emergency occurs during the school year for which he is enrolled at the institution; and

- c) The insured person's absence was due to business, a vacation or full-time attendance at an accredited educational institution; and
- d) In case of a medical emergency, the emergency is covered under the Emergency Medical Expenses Incurred Outside the Province of Residence section of the Supplemental Health Insurance benefit.

The services will be provided by the insurer's Medical Assistance Service provider. The insured person will be required to contact the Medical Assistance Service provider to request the services in an emergency.

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE – EMERGENCY OUT OF PROVINCE ASSISTANCE

If on the date of the insured person's departure the Government of Canada has assigned a general risk level of 4, for a country, territory or region:

No protection is provided under this benefit for the entire duration of the absence for business, a vacation or full-time attendance at an accredited educational institution.

Change in the general risk level after the date of departure, while the insured person is outside his province of residence:

If the Government of Canada changes the general risk level assigned to a country, territory or region after the date of departure of the insured person for business, a vacation or full-time attendance at an accredited educational institution, the following conditions apply:

If the general risk level was 1 or 2 on the date of departure, and the level changes to 3:

The insured person has 14 days to return to Canada, from the date of the change in the level of risk, or if the absence is due to the insured person's full-time attendance at an accredited educational institution, the period applicable to the school year during which the insured person was enrolled in an educational institution; or

If the general risk level was 1 or 2 on the departure date, and the level changes to 4:

The insured person has 14 days to return to Canada from the date of the change in risk level.

If the general risk level was 3 on the departure date, and the level changes to 1 or 2:

The insured person has the first 180 days from the date of departure, as indicated previously under *The Risk level either 1 or 2*; or if the absence is due to the insured person's full-time attendance at an accredited educational institution, the period applicable to the school year during which the insured person was enrolled in an educational institution; or

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE – EMERGENCY OUT OF PROVINCE ASSISTANCE

If the general risk level was 3 on the departure date, and the level changes to 4:

The insured person has 14 days to return to Canada from the date of the change in risk level.

Failure to meet these conditions may result in the insurer limiting or denying the insured person's claim resulting, directly or indirectly, from the medical emergency.

DEFINITION

As used in this benefit:

General risk levels for countries, territories or regions: One of the 4 risk levels applied by the government of Canada to a country, territory or region and which determines the security conditions as indicated under the Travel Advice and Advisories issued by the government of Canada.

- Level 1: Exercise normal security precautions;
- Level 2: Exercise a high degree of caution;
- Level 3: Avoid non-essential travel;
- Level 4: Avoid all travel, including all travel on cruise ships;

Member of the immediate family: The insured person's spouse, father, mother, child, brother or sister.

MEDICAL EMERGENCY ASSISTANCE SERVICES

The following services will be provided during a medical emergency:

- a) 24 Hour Telephone Access
 - The Medical Assistance Service provider will provide a 24 hour hot-line, 365 days a year, staffed by multilingual co-ordinators to connect the insured person to a network of specialists who will handle the emergency.

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE – EMERGENCY OUT OF PROVINCE ASSISTANCE

b) Medical Care

The Medical Assistance Service provider will:

- If the insured person is unable to locate a physician or hospital, provide a referral to a physician or an appropriate hospital;
- Upon request of the insured person, organize consultations with general practitioners or specialists in order to obtain the best medical care available in the area;
- Provide assistance with admittance to a hospital;
- Confirm to doctors and hospitals that the insured person's group policy will cover the insured person's medical expenses.

c) Medical Transportation

The Medical Assistance Service provider will:

- Arrange and pay for the transportation or transfer of the insured person by appropriate means to a hospital as recommended by the attending physician, and which the Medical Assistance Service provider agrees to;
- Arrange and pay for the return of the insured person to his residence or to a hospital near his residence after initial medical care has been provided, by an appropriate means of transportation, provided the return is medically necessary and permissible based on his medical condition. The Medical Assistance Service provider will arrange for the insured person's return using the most appropriate means of transportation: air ambulance, helicopter, commercial airline, train or ambulance.

d) Payment of Medical Expenses and Cash Advance

- The Medical Assistance Service provider will make the necessary arrangements to pay medical expenses which are covered under the Emergency Medical Expenses Incurred Outside of Province section of the Supplemental Health Insurance benefit;

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE – EMERGENCY OUT OF PROVINCE ASSISTANCE

- When necessary in order for the insured person to obtain needed medical treatment, the Medical Assistance Service provider will advance up to \$10,000 (Canadian), after consultation with the insurer.

e) Return of Deceased

- Should the insured person die, the Medical Assistance Service provider will make all arrangements and pay all expenses associated with returning the body of the deceased person to the place of burial in his province of residence, up to a maximum of \$5,000. Funeral expenses will not be covered.

f) Return of Dependent Children

- The Medical Assistance Service provider will organize the return of the insured person's dependent children under age 16 who are left unattended due to the hospitalization of the insured person. In addition, the Medical Assistance Service provider will arrange and pay for economy transportation for the children, with an escort if necessary, to their usual place of residence. If the return tickets are still valid, only the additional cost incurred for the return transportation, after deducting the value of the tickets, will be paid.

g) Return of an Insured Person or a Member of the Insured Person's Immediate Family

- The Medical Assistance Service provider will organize the return of the insured person and/or a member of the insured person's immediate family who has lost the use of his return ticket due to the insured person's hospitalization or death. The Medical Assistance Service provider will arrange and pay for economy transportation to return the insured person and/or member of the immediate family to his usual place of residence. If the return tickets are still valid, only the additional cost incurred for the return transportation, after deducting the value of the tickets, will be paid.

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE – EMERGENCY OUT OF PROVINCE ASSISTANCE

- h) Visit from a friend or a Member of the Immediate Family
- The Medical Assistance Service provider will arrange and pay for round-trip economy class transportation for a friend or a member of the immediate family to visit the insured person if the person is hospitalized for at least 7 consecutive days and the attending physician feels that the visit would be beneficial to him.
- i) Expenses for Commercial Accommodation and Meals
- When a return is delayed due to the hospitalization of an insured person for a period of more than 24 hours or because of an insured person's death, the expenses for commercial accommodation and meals incurred due to the delay by the insured person, by a friend or a member of the immediate family accompanying the insured person or visiting the insured person in accordance with h) will be reimbursed, subject to a daily maximum of \$200 per person, and an overall maximum of \$1,600.
- Receipts must be provided before reimbursement will be made by the Medical Assistance Service provider.
- j) Vehicle Return
- The Medical Assistance Service provider will pay up to \$1,000 to return the insured person's vehicle, either private or rental, to the insured person's residence or the nearest appropriate vehicle rental location.
- k) Emergency Drugs
- Should an insured person require drugs for the treatment of a medical condition and such drugs are not available locally, the Medical Assistance Service provider will co-ordinate a search for the drugs and once located arrange for the delivery of the drugs. The insured person will be responsible for the cost of the drugs unless they are covered under the Supplemental Health Insurance benefit.

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE – EMERGENCY OUT OF PROVINCE ASSISTANCE

PERSONAL EMERGENCY TRAVEL ASSISTANCE SERVICES

The following services will be provided during a personal emergency:

- a) Telephone Interpretation Service
 - The Medical Assistance Service provider will provide the insured person with telephone interpretation services in most foreign languages.
- b) Messages
 - The Medical Assistance Service provider will relay a message, upon request, from the insured person to his home, office or elsewhere, or hold messages for the insured person or the members of his immediate family for up to 15 days.
- c) Legal Assistance
 - The Medical Assistance Service provider will assist the insured person in finding local legal aid when required, and will also help the insured person obtain a cash advance from his credit cards, family and friends, in order to pay for any bail or legal fees.
- d) Travel Information
 - The Medical Assistance Service provider will provide the insured person with travel information related to transportation, vaccinations and precautionary measures before, during and after the insured person's trip.
- e) Lost Baggage or Travel Documents
 - If the insured person loses or has his travel documents and/or baggage stolen, the Medical Assistance Service provider will help him contact the appropriate authorities.

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE – EMERGENCY OUT OF PROVINCE ASSISTANCE

EXCLUSIONS

In addition to the exclusions and reductions outlined in the Exclusions and Reductions provision of the Supplemental Health Insurance, the Medical Emergency Assistance Services provided under this benefit will be subject to the limitations, exclusions and terms and conditions that are applicable under the Emergency Medical Expenses Incurred Outside the Province of Residence provision of the Supplemental Health Insurance.

LIABILITY

The Medical Assistance Service provider and insurer will not be held responsible for the provider's failure to provide medical assistance or for delays caused by strikes, civil wars, wars, invasions, intervention by enemy powers, hostilities (whether war is declared or not), rebellions, insurrections, acts of terrorism, military operations or coups, riots or uprisings, radioactive fallout, or any other situation beyond its control.

The doctors, hospitals, clinics, lawyers and other authorized practitioners or institutions to which the Medical Assistance Service provider directs insured persons are independent contractors and act on their own behalf and are not employees, agents or subordinates of the Medical Assistance Service provider or the insurer.

The Medical Assistance Service provider and the insurer are not responsible and assume no liability for the negligence or other acts or omissions by the doctors, hospitals, clinics, lawyers or other authorized practitioners or institutions to which the insured person is directed by the Medical Assistance Service provider.

REIMBURSEMENT

If a cash advance was made to cover a charge that had been made or a charge was paid, and the participant submits to the insurer such charge as a covered expense under the Supplemental Health Insurance benefit at a later date, the insurer will only reimburse the participant an amount, less that which was previously advanced or paid for such expense, subject to the deductible and reimbursement level that is applicable to the expense.

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE – EMERGENCY OUT OF PROVINCE ASSISTANCE

If a cash advance to cover an expense had been made or an expense had been paid and (i) such expense is not a covered expense under the Emergency Medical Expenses Incurred Outside the Province of Residence section of the Supplemental Health Insurance benefit or (ii) the amount advanced or paid was in excess of the insurer's responsibility under the group policy, the participant will be responsible for reimbursing the insurer the cash advancement or the excess amount, whichever is applicable, within 90 days of the insured person returning to his province of residence. Should the participant fail to pay back the cash advance or excess amount, the insurer will have the right to reduce future health claims or any other claims by the participant or his dependents under the group policy by the amount owing.

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE – TRIP CANCELLATION INSURANCE

The insurer undertakes to reimburse all eligible expenses defined herein which are incurred after the insured person became insured under this benefit and result from the cancellation or interruption of a covered trip, **up to a maximum of \$10,000 per insured person, per covered trip**, subject to the terms and conditions of this benefit and the group policy.

The expenses are covered only if the insured person, at the time of making the final arrangements for the covered trip, was not aware of any event that could reasonably have led to the cancellation or interruption of the covered trip.

DEFINITIONS

As used in this benefit:

Business meeting: A private meeting related to the insured person's full-time occupation which has been organized in advance and which constitutes the sole reason for the trip. A business meeting may not, under any circumstances, include symposiums, conventions, assemblies, fairs, shows, seminars or board of directors meetings.

Carrier: A public airplane, bus, train or boat (provided the latter is used to travel, and not for a stay).

Covered trip: A trip

- a) which will result in the insured person being absent from his normal place of residence for at least 2 consecutive nights, and
- b) for which the destination is at least 400 kilometres from the insured person's normal place of residence.

Destination: The city or country to which the insured person is travelling.

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE – TRIP CANCELLATION INSURANCE

General risk levels for countries, territories or regions: One of the 4 risk levels applied by the government of Canada to a country, territory or region and which determines the security conditions as indicated under the Travel Advice and Advisories issued by the government of Canada.

- Level 1: Exercise normal security precautions;
- Level 2: Exercise a high degree of caution;
- Level 3: Avoid non-essential travel;
- Level 4: Avoid all travel, including all travel on cruise ships.

Host at destination: The person who provides accommodation for the insured person in his home.

Member of the family: The spouse, child, father, mother, brother, sister, daughter-in-law, son-in-law, mother-in-law, father-in-law, grandparent, grandchild, half-brother, half-sister, brother-in-law, sister-in-law, uncle, aunt, nephew and niece of the insured person.

Travelling companion: A person who shares the financial travel arrangements with the insured person, up to a maximum of 4 persons, including the insured person.

INSURABLE RISKS

The cancellation or interruption of the covered trip must result from one of the following causes:

- a) The illness, injury or death of the insured person, a member of the insured person's family, a travelling companion, or a member of the travelling companion's family;
- b) The illness, injury or death of a business associate, or of the insured person's host at destination;
- c) The illness, injury or death of a person for whom the insured person is the legal guardian;
- d) The death of a person for whom the insured person is the estate executor;

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE – TRIP CANCELLATION INSURANCE

- e) The notification of the insured person to report for jury duty or to serve as a witness in a trial taking place during the covered trip, except if the insured person is a law enforcement officer;
- f) The quarantine of the insured person;
- g) The hijacking of a carrier on which the insured person is travelling;
- h) Any event which renders the insured person's principal residence uninhabitable;
- i) The cancellation of a business meeting due to the illness, injury or death of the person with whom the arrangements for the meeting were made beforehand (written proof of the arrangements will be required);
- j) A recommendation from the Canadian government, following the issuance of a general risk level of 3 or 4, advising its citizens against travelling to the destination, if such recommendation was issued after the insured person had made the arrangements for the covered trip and this recommendation is still in effect at the time of the beginning of the covered trip;
- k) The transfer of the insured person by his employer, which requires the insured person to move more than 100 kilometres from his current place of residence within 30 days prior to the date of departure;
- l) The missing of a scheduled connection or a delayed departure due to (i) a delay of the carrier responsible for ensuring the connection provided the delay is caused by atmospheric conditions or mechanical failure or (ii) a traffic accident involving the insured person's private or rented automobile or the taxi in which the insured person was travelling.

ELIGIBLE EXPENSES

The following expenses are covered:

- a) In the event of a cancellation before departure
 - i) The prepaid, unused and non-refundable portion of the travel expenses;

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE – TRIP CANCELLATION INSURANCE

- ii) The additional expenses for a higher hotel rate which are incurred by the insured person who elects to proceed with a covered trip when a travelling companion is required to cancel due to one of the insurable risks. The additional expenses shall be reimbursed up to an amount not to exceed the cancellation penalty of the hotel which is applicable at the time the travelling companion is required to cancel his covered trip.
- b) If the return is early or delayed
 - i) The additional cost of an available one-way economy fare return ticket to the point of departure;
 - ii) The unused, non-refundable portion of the expenses for any pre-paid travel arrangements;
 - iii) Living expenses for commercial accommodation and meals when an insured person has to postpone his return due to a change in a general risk level of 3 or 4, and this, as long as no means of transportation is then available to ensure the insured person's return or due to an illness or injury sustained by himself or by a member of his family accompanying him, or by a travelling companion, subject to a daily maximum of \$200 per insured person, and to an overall maximum of \$1,600 for a participant and his insured dependents;

Living expenses for commercial accommodation and meals when an insured person has to anticipate his return due to a change in a general risk level of 3 or 4, which results in a stopover because a direct flight is not available, subject to a daily maximum of \$200 per insured person, and to an overall maximum of \$1,600 for a participant and his insured dependents;

If the insured person has similar coverage under another benefit of the group policy, the maximum amount payable under the group policy may not exceed the maximum amount indicated under this benefit.

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE – TRIP CANCELLATION INSURANCE

- c) Delayed departure or missed connection
 - i) The additional cost of a one-way, economy fare ticket to the scheduled destination, required by a carrier when a connection is missed or a departure is delayed due to one of the insurable risks;

For the benefit to be payable, the insured person must have planned to arrive at the point of departure at least 2 hours prior to the scheduled time of departure.
 - ii) The unused, non-refundable portion of the insured person's pre-paid travel expenses, if the insured person elected not to proceed with his covered trip due to an interruption of at least 30% of the scheduled duration of such trip which resulted from atmospheric conditions preventing him from making a scheduled connection with another carrier.

EXCLUSIONS

No benefit will be payable under this benefit if the cause of the cancellation or interruption of a covered trip was due to one of the following:

- a) Abuse of drugs or alcohol, or from drug use;
- b) Suicide or attempted suicide, or self-inflicted injury unless medical evidence establishes that the injury was directly related to a mental health illness;
- c) Commission of or attempted commission of a criminal offence or the provoking of an assault;
- d) Civil unrest, insurrection or war, whether declared or undeclared, or participation in a riot;
- e) Pregnancy, false labour, delivery or resulting complications, if these events occur within 2 months prior to the expected delivery date;

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE – TRIP CANCELLATION INSURANCE

- f) An injury or illness that occurs while taking part in a professional sporting event, or in any kind of motorized vehicle competition or speed trial, or in any dangerous activity such as, but not limited to, hang gliding or sail-flying, mountaineering, parachuting or bungee jumping;
- g) An injury or illness resulting from service in the armed forces;
- h) The insured person's medical condition was not stable at the time of making the final arrangements for the covered trip. The insurer determines, at its sole discretion, what stable means. In this assessment, the insurer may take into consideration medical factors, such as but not limited to the following:
 - i) Medical status;
 - ii) Medical treatment, examination, consultation or hospitalization;
 - iii) Increase or worsening of any symptom or health problem;
 - iv) Change in medical treatment or in medication;
 - v) Medical treatment or examination planned or for which results are pending for any symptom or health problem;within a period of 90 days prior to the final arrangements for that covered trip.

No benefit will be payable under this benefit if

- a) A travel credit is offered to the insured person and the insured person refuses it.

However, if the insured person can demonstrate that it will be impossible for him to use a travel credit before its expiry due to one of the following the causes:

 - i) The deterioration of his state of health, which was stable at the time of finalizing the travel arrangements; or
 - ii) The occurrence of one of the causes of cancellation or interruption recognized by this benefit.

The insured person may submit a request for reimbursement of the said travel credit to the insurer;

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE – TRIP CANCELLATION INSURANCE

- b) The covered trip was taken for the purpose of receiving medical or paramedical care or hospital services;
- c) The covered trip was taken to visit or assist a person who was ill or who had suffered an injury and whose state of health or subsequent death causes the insured person to change the originally scheduled return date;
- d) The covered trip was to visit or assist a person who was ill or who had suffered an injury and whose state of health or death caused the insured person to cancel such trip;
- e) For any covered trip undertaken for professional reasons where the insured person works as an accompanying person on behalf of a travel agency.

Also, no benefit will be payable under this benefit for any payment or deposit paid when the general risk level was 4, at the time the expense was incurred.

However, an insured person who purchases a covered trip when the general risk level is 3 could be reimbursed for a cancellation resulting from an insured risk other than the general alert level (see the Insurable Risks section).

SPECIAL PROVISIONS

- a) When an event listed under the Insurable Risks provision occurs prior to the date of departure, the insured person must contact the travel agency or carrier, as the case may be, within 48 hours following the event to cancel the covered trip, and must advise the insurer at the same time.
- b) In order to submit a claim under this benefit, the insured person must provide one or more of the following documents, as the case may be:
 - i) The original, unused transportation tickets;
 - ii) The official receipts for additional transportation expenses;
 - iii) The receipts for ground arrangements and other disbursements. The receipts must include contracts that were officially issued through the travel agency or an accredited company, and must indicate the amounts not refundable in the event of cancellation;

SUPPLEMENTAL HEALTH INSURANCE – TRIP CANCELLATION INSURANCE

- iv) An official document stating that an insurable risk was in fact the cause of the cancellation. If the cancellation is due to medical reasons, the insured person must provide a medical certificate from the duly qualified attending physician practising in the region where the illness or injury took place and the medical supervision must have started on or prior to the insured person's scheduled date of departure or return, as the case may be. The medical certificate must indicate the full diagnosis confirming the need to cancel, delay or interrupt the covered trip;
- v) In case of a traffic accident, a police report.

COPY OF CONTRACT AND ENROLLMENT MATERIAL

A participant may request from the insurer a copy of the policy, his enrollment form and any written documents (provided as evidence of insurability) that may have been provided to the insurer in relation to his insurance under the policy. The insurer will provide the first copy of the policy, enrollment form and relevant written documents without charge to the participant. Any additional copies will be subject to a charge set by the insurer.

SUBMITTING CLAIMS

Health Claims

To benefit from an accelerated processing, a participant may submit claims in any of the following ways, if offered as part of his group insurance plan:

- ♦ on our secure website *My Client Space* accessible via ia.ca; or
- ♦ via [iA Mobile](#)

The participant may also submit a completed claim form with the original receipts (if applicable) to the following address:

For participants residing in Quebec

Industrial Alliance Insurance and Financial Services Inc.
Group Insurance
Health/Dental Claims Department
P.O. Box 800 - Station Maison de la Poste
Montreal, Quebec, H3B 3K5

514 499-3800 (Montreal area)
1 877 422-6487 (toll free)

For participants residing outside Quebec

Industrial Alliance Insurance and Financial Services Inc.
Group Insurance
Health/Dental Claims Department
P.O. Box 4643, Station "A"
Toronto, Ontario, M5W 5E3

416 585-8921 (Toronto area)
1 877 422-6487 (toll free)

It is important that participants keep photocopies of their receipts. In addition, participants should keep a copy of the Explanation of Benefits (EOB) which will be attached to their claim cheques. Participants may need these documents to co-ordinate benefits with another insurer or for their income tax returns.

SUBMITTING CLAIMS

IMPORTANT NOTICE

For Persons Hospitalized Outside their Province of Residence

The insured person is required to contact Industrial Alliance Insurance and Financial Services Inc. (hereafter “the Company”) Medical Assistance Service Provider at the following number as soon as the person is reasonably able to do so after the commencement of hospitalization. Failure to do so may result in the Company limiting or denying the insured person’s claim.

From within Canada or the United States 1 800 203-9024 (toll free)

From outside Canada or the United States: 514 499-3747 (collect)

PROTECTING PERSONAL INFORMATION

Industrial Alliance Insurance and Financial Services Inc. (hereafter “the Company”) is committed to protecting the privacy of a participant’s (including his or her dependent’s) personal information that it collects while providing services under the Group Plan issued to the Policyholder. The Company recognizes and respects a person’s right to privacy concerning his or her personal information.

When a participant enrolls under the Group Plan, the Company will establish a confidential file containing the personal information collected. The file will be kept at the Company’s offices.

Access to the file will be limited to the Company employees, agents and service providers who require access in the performance of their jobs, individuals to whom the participant has granted access, and persons authorized by law.

At the Company, the personal information that is collected is used to perform administrative services with respect to the Group Plan. Administrative services include, but are not limited to,

- Determining eligibility under the Group Plan or a particular benefit;
- Enrolling participants under the Group Plan;
- Adjudicating claims;
- Underwriting (includes determining the rates applicable to the Group Plan).

Participant’s Right to Access His or Her Personal Information

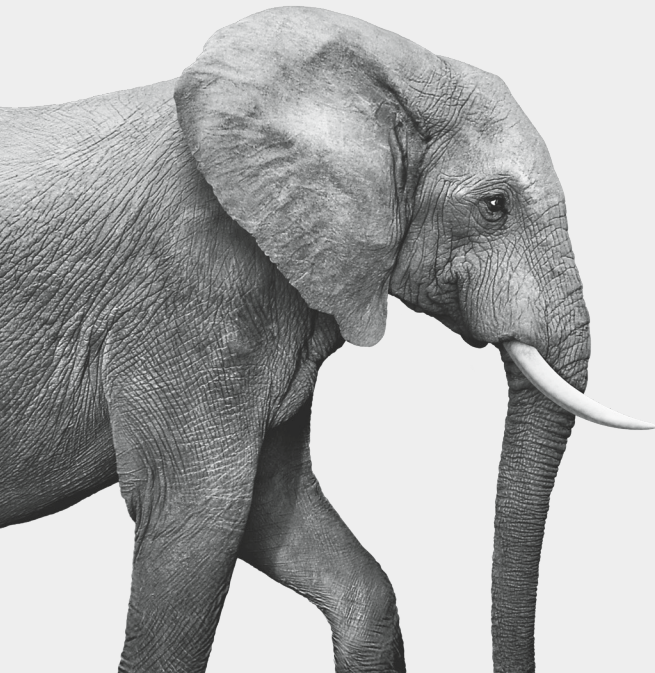
A participant has the right to access his or her personal information and to request, in writing, that any inaccurate information be corrected. In addition, the participant can request that any outdated or unnecessary information be deleted.

If the Company has medical information about the participant which was not obtained directly from the participant, the Company will release the information to the participant only through the participant’s physician.

To request access to his or her personal information or to have his or her name removed from the list to be shared within the Company, the participant must send a written request to:

Industrial Alliance Insurance and Financial Services Inc.
Access Officer
1080 Grande Allée West
P.O. Box 1907, Station Terminus
Quebec City, Quebec G1K 7M3

NOTES



F54-514A-2(21-06)

INVESTED IN YOU.

iA Financial Group is a business name and trademark of
Industrial Alliance Insurance and Financial Services Inc.

ia.ca