



RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

des enseignantes et enseignants
retraités membres de l'APEQ

Titulaire du régime : **L'ASSOCIATION PROVINCIALE
DES ENSEIGNANTES ET
ENSEIGNANTS DU QUÉBEC**

N° de police : **97 000**

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.

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
INTRODUCTION	(i)
TABLEAU SOMMAIRE	1
CONDITIONS GÉNÉRALES	
Définitions	8
Généralités.....	10
Assurance.....	12
Prestations	15
GARANTIES	
Assurance vie de la participante ou du participant.....	20
Assurance vie additionnelle de la participante ou du participant	21
Assurance vie de la conjointe ou du conjoint	22
Assurance maladie.....	23
Assistance médicale hors du Canada	34
COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION.....	41
PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	42
ANNEXE – ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT (établie par Solutions pour les marchés spéciaux, une division de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.) (i)	

INTRODUCTION

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. vous présente cette brochure qui reflète les garanties assurées auprès de notre compagnie dont vous pouvez bénéficier à titre d'enseignante ou d'enseignant retraité membre de l'APEQ.

Nous vous suggérons de lire cette brochure attentivement et de la conserver en lieu sûr en vue d'une consultation ultérieure.

Nouvelle participante ou nouveau participant

Afin de participer au présent régime à titre de retraitée ou retraité, vous devez remplir le formulaire *Demande de participation F54-018(17)* en désignant les garanties désirées et le transmettre à l'APEQ. Ce formulaire est disponible auprès de votre association ou de l'Industrielle Alliance.

Modification à votre couverture

Toute demande de modification à votre couverture doit être transmise à l'APEQ au moyen du formulaire *Demande de participation F54-018(17)*. Ce formulaire est disponible auprès de votre association ou de l'Industrielle Alliance.

Demande de règlement

- **Assurance vie**

Si vous décédez, un membre de votre famille devra communiquer le plus tôt possible avec la personne ressource désignée par l'APEQ.

- **Assurance maladie**

Médicaments : Présentez au pharmacien votre carte de médicaments; les renseignements requis pour traiter votre demande de règlement nous seront transmis électroniquement. Si ce service de paiement n'est pas offert dans votre région, veuillez remplir le formulaire *Demande de règlement F54-326 (16)* disponible auprès de l'APEQ ou de l'Industrielle Alliance.

Autres frais : Veuillez remplir le formulaire *Demande de règlement F54-326 (16)* disponible auprès de l'APEQ ou l'Industrielle Alliance.

Toute demande de règlement doit être expédiée à l'adresse suivante :

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

Pour obtenir de plus amples renseignements, vous pouvez communiquer avec la personne ressource désignée par l'APEQ ou avec l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Service de l'administration

Pour tout renseignement relatif à votre choix de garanties, aux coûts du régime ou tout renseignement d'ordre administratif (corrections telles que : nom, date de naissance, sexe, langue de communication, changement d'adresse), vous pouvez communiquer avec notre service de l'administration à l'un des numéros suivants :

(514) 499-3800

ou

1-877-422-6487

Service des règlements

Pour toute question relative aux frais admissibles ou pour toute demande de règlement, vous pouvez communiquer avec notre service des règlements à l'un des numéros suivants :

(514) 499-3800

ou

1-877-422-6487

TABLEAU SOMMAIRE

Le TABLEAU SOMMAIRE du régime décrit brièvement les garanties d'assurance collective selon la catégorie à laquelle vous appartenez.

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

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Vous êtes assuré dans la catégorie ci-dessous :

Catégorie

Enseignantes et enseignants retraités

CONDITIONS GÉNÉRALES

DATE D'ADMISSIBILITÉ

Vous devenez admissible à la date de prise d'effet du régime, si vous êtes alors retraité; sinon, vous devenez admissible à la date de votre retraite, sous réserve de toutes autres dispositions.

RETRAITE

Aux fins du présent régime, l'âge normal de la retraite est le premier jour du mois suivant ou coïncidant avec votre 65^e anniversaire de naissance.

VOTRE ASSURANCE VIE

Capital assuré

10 000 \$

Cette garantie se termine le 1^{er} janvier qui coïncide avec ou qui suit votre 75^e anniversaire de naissance.

LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST FACULTATIVE.

VOTRE ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE

Capital assuré

25 000 \$ (si vous étiez assuré pour au moins 50 000 \$ immédiatement avant la retraite)

ou

50 000 \$ (si vous étiez assuré pour au moins 75 000 \$ immédiatement avant la retraite)

Cette garantie se termine le premier jour du mois qui coïncide avec ou qui suit votre 65^e anniversaire de naissance.

LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST FACULTATIVE.

ASSURANCE VIE DE VOTRE CONJOINT

Capital assuré

5 000 \$

Cette garantie se termine le 1^{er} janvier qui coïncide avec ou qui suit votre 75^e anniversaire de naissance.

LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST FACULTATIVE.

ASSURANCE MALADIE

FRAIS D'HOSPITALISATION AU CANADA

Franchise :	aucune
Remboursement :	100 %
Maximum quotidien :	chambre semi-privée, limite de 90 jours par période d'invalidité

FRAIS D'URGENCE HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE et SERVICE D'ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA

Franchise :	aucune
Remboursement :	100 %
Maximum par personne assurée :	4 000 000 \$ à vie

AUTRES FRAIS MÉDICAUX AU CANADA

Franchise si la protection s'applique à

- vous seulement : 25 \$
- vous et vos enfants : 50 \$
- vous, vos enfants et votre conjoint : 50 \$

Remboursement :

- médicaments : 80 % des premiers 6 400 \$* (pour l'année 2016) par certificat et 100 % de l'excédent
- autres frais : 80 % (sauf si mention contraire au Tableau sommaire)

Maximum : Illimité

* Ce montant est indexé de 200 \$ au 1^{er} janvier de chaque année.

Vos personnes à charge, s'il y a lieu, sont assurées en vertu de la présente garantie.

Cette garantie ne comporte aucune cessation.

LA PARTICIPATION À CETTE GARANTIE EST OBLIGATOIRE POUR LES RETRAITÉS DE MOINS DE 65 ANS, ET FACULTATIVE POUR LES RETRAITÉS DE 65 ANS ET PLUS.

FRAIS MÉDICAUX

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par personne assurée</u>
Honoraires d'infirmières ou d'infirmiers	500 \$ par jour, maximum de 10 000 \$ par année civile.
Frais de déplacement pour régions éloignées	100 \$ par jour, 500 \$ par année civile. Ces frais sont remboursés à 100 %.
Appareils thérapeutiques	10 000 \$ à vie.
Prothèses mammaires	300 \$ par 24 mois.
Bas de contention	3 paires par année civile.
Séjour dans une maison de réadaptation ou une maison de convalescence	Tarif d'une chambre semi-privée, limite de 90 jours par période d'invalidité (incluant la période d'hospitalisation au Canada). Ces frais ne comportent aucune franchise et sont remboursés à 100 %.
Frais d'analyses de laboratoire, électrocardiogrammes, électroencéphalogrammes, échographies de clarté nucale, tests de dépistage prénataux, traitements par radiation, programmes de diagnostic gastro-intestinal et radiographies, faits dans un établissement commercial ou une clinique privée	Ces frais sont remboursés à 50 % des premiers 500 \$ de frais admissibles engagés dans une année civile et à 75 % des 1 500 \$ suivants.

FRAIS MÉDICAUX (suite)

<u>Frais couverts</u>		<u>Maximums par personne assurée</u>
Lunettes, lentilles cornéennes ou lentilles intra-oculaires à la suite d'une opération de la cataracte	500 \$	par œil à vie.
Prothèses capillaires	500 \$	par année civile.
Injections sclérosantes	20 \$	par visite.
Honoraires paramédicaux d'une ou d'un physiothérapeute et d'une ou d'un thérapeute en réadaptation physique	35 \$	par visite. Un (1) traitement par jour. Ces frais sont remboursés à 100 %.
Honoraires paramédicaux d'une ou d'un orthophoniste, d'une ou d'un audiologiste et d'une ou d'un ergothérapeute		Illimité. Un (1) traitement par jour.
Honoraires paramédicaux d'une chiropraticienne ou d'un chiropraticien, d'une ou d'un ostéopathe, d'une ou d'un podiatre (chiropodiste), d'une ou d'un diététiste et d'une ou d'un acupuncteur	30 \$	par visite, 30 \$ par radiographie. Maximum combiné de 500 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes. Un (1) traitement par jour. Ces frais sont remboursés à 100 %.
Honoraires paramédicaux d'une ou d'un psychologue, d'une ou d'un psychothérapeute, d'une ou d'un psychiatre et d'une ou d'un psychanalyste, et honoraires d'une travailleuse ou d'un travailleur social et d'une conseillère ou d'un conseiller en orientation		Maximum combiné de 1 000 \$ par année civile pour l'ensemble de ces spécialistes. Ces frais sont remboursés à 50 %.

FRAIS MÉDICAUX (suite)

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums par personne assurée</u>
Moniteur de glucose sanguin (réflectomètre ou glucomètre)	Un (1) appareil à vie.
Cure de désintoxication d'alcoolisme et de toxicomanie (participant seulement)	175 \$ par jour, 35 jours par cure. Une (1) cure à vie. Ces frais sont remboursés à 100 %.
Frais oculaires	Lunettes (verres correcteurs et monture) ou lentilles cornéennes jusqu'à concurrence d'un maximum de 100 \$ ou en excédent de ce montant pour des lentilles cornéennes, si médicalement nécessaires et achetées suite à une intervention chirurgicale et si l'achat est effectué dans les 12 mois de la date d'intervention. Un seul de ces maximums s'applique par période de 24 mois consécutifs. Ces frais sont sujets à la franchise et sont remboursés à 80 %.

CONDITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Les dispositions de chacune des garanties du présent régime prévalent sur toute disposition contraire aux CONDITIONS GÉNÉRALES.

Acceptation des preuves d'assurabilité : La date d'acceptation de toute preuve d'assurabilité signifie la date du premier jour du mois qui suit la date de réception du dernier document requis par l'assureur pour l'évaluation du risque.

Âge normal de la retraite : L'âge indiqué au Tableau sommaire.

Blessure accidentelle : Une lésion corporelle qui est subie pendant que l'assurance est en vigueur, qui résulte directement et exclusivement d'une cause externe, soudaine, violente et involontaire et qui nécessite les soins d'un médecin dans les trente (30) jours de sa survenance.

Employée ou employé : Une enseignante ou un enseignant à temps plein ou à temps partiel, membre de l'APEQ.

Jour : Un jour de calendrier, sauf stipulation contraire dans le présent régime.

Maladie : Détérioration de la santé qui nécessite des soins médicaux réguliers, continus et curatifs, effectivement donnés par un médecin et considérés comme satisfaisants par l'assureur, et dont le défaut entraînera une détérioration de l'état de santé de la personne.

Médecin : Tout médecin légalement autorisé à pratiquer la médecine.

Participant ou participant : Toute retraitée ou tout retraité qui est admis au présent régime.

Personnes à charge : La conjointe ou le conjoint de la participante ou du participant ou les enfants de la participante ou du participant ou de sa conjointe ou de son conjoint. Lorsque l'assurance couvre les personnes à charge, les termes «conjointe ou conjoint» et «enfant à charge» sont définis ainsi :

a) Conjointe ou conjoint

La personne qui est devenue conjointe ou conjoint par suite d'un mariage légalement contracté au Québec ou ailleurs et reconnu comme valable par les lois du Québec ou par le fait, pour une personne non mariée, de résider en permanence depuis au moins un (1) an avec une personne qu'elle présente publiquement comme sa conjointe ou son conjoint, étant précisé que la dissolution du mariage par divorce ou annulation fait perdre ce statut de conjointe ou conjoint, de même que la séparation de fait depuis plus de trois (3) mois dans le cas où il n'y a pas eu mariage.

b) Enfant à charge

L'enfant d'une participante ou d'un participant, de sa conjointe ou de son conjoint ou des deux, ou un enfant habitant chez la participante ou le participant pour lequel des procédures d'adoption sont entreprises, non marié et résidant ou domicilié au Canada, qui dépend de la participante ou du participant pour son soutien et qui satisfait à l'une des conditions suivantes :

- i) Être âgé de moins de dix-huit (18) ans;
- ii) Être âgé de moins de vingt-six (26) ans et fréquenter à plein temps une institution d'enseignement reconnue;
- iii) Quel que soit son âge, si elle ou il a été frappé d'invalidité totale alors qu'elle ou il satisfaisait à l'une ou l'autre des conditions précédentes et est demeuré continuellement invalide depuis cette date.

Personne assurée : La participante ou le participant et les personnes à sa charge assurées en vertu du régime.

La personne assurée doit, en tout temps, être couverte en vertu d'un régime gouvernemental d'assurance maladie et résider au Canada de façon permanente (au moins cent quatre-vingt deux [182] jours par année), pour être admissible en vertu du présent régime et pour conserver ses droits à l'assurance, à moins qu'il y ait eu entente préalable avec l'assureur, ou à moins de stipulation contraire dans le présent régime.

Retraitée ou retraité : Une personne qui, le jour précédant la date de sa retraite, répond à la définition d'employée ou d'employé prévue au présent régime.

Spécialiste : Un médecin exerçant une spécialité de la médecine et légalement licencié par l'organisme provincial responsable.

GÉNÉRALITÉS

MODIFICATION AU RÉGIME

Les prestations prévues au présent régime sont établies en complémentarité des prestations prévues aux régimes gouvernementaux. Toute modification apportée à l'un ou l'autre des régimes gouvernementaux après la date de prise d'effet du présent régime ne pourra en aucun cas modifier les prestations prévues aux présentes, à moins d'une entente approuvée par les signataires autorisés du titulaire et de l'assureur.

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;

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) deux (2) laquelle les preuves d'assurabilité ont été fournies; ou
- b) deux (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) deux (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.

RENONCIATION

Si l'assureur n'a pas exigé l'observation d'une condition quelconque du régime, cela ne l'engage pas à agir de la même façon en cas de défaut d'exécuter ou d'observer la même condition à l'avenir. De plus, le fait que l'assureur ait approuvé une action quelconque du titulaire ou d'une participante ou d'un participant lorsque cette approbation était requise n'a pas pour effet de dispenser le titulaire ou la participante ou le participant de l'obligation d'obtenir l'approbation de l'assureur pour toute action semblable ultérieure.

ATTESTATION INDIVIDUELLE (OU CERTIFICAT)

L'assureur établit une attestation individuelle (ou certificat) de participation que le titulaire doit remettre à chaque participante et participant.

MONNAIE LÉGALE

Les sommes dues en vertu du présent régime sont payables en monnaie légale du Canada et selon le taux de change en vigueur au moment de l'événement donnant droit à des prestations.

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 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 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 présente police, 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 présente police renferme une disposition qui supprime ou restreint le droit de la personne assurée de désigner des personnes auxquelles ou au profit desquelles des sommes assurées sont payables.

ASSURANCE

ADMISSIBILITÉ

- a) La retraitée ou le retraité membre de l'APEQ est admissible à la garantie d'Assurance maladie et à la garantie d'Assurance vie si elle ou il participe à ces garanties le jour précédent la date de sa retraite.
- b) Toute personne à charge d'une participante ou d'un participant est admissible à l'assurance, soit à la même date que la participante ou le participant, si elle est déjà une personne à charge, soit à la date à laquelle elle le devient.

Lorsqu'une personne à charge cesse d'être assurée en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires, cette dernière est admissible à la présente assurance à la date à laquelle elle cesse d'être assurée en vertu dudit régime.

PARTICIPATION À LA GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE

La participation à cette garantie est facultative pour toute employée ou tout employé retraité membre de l'APEQ qui prend sa retraite avant le 1^{er} janvier 1997, et obligatoire pour les autres participantes ou participants âgés de moins de

soixante-cinq (65) ans prenant leur retraite le ou après le 1^{er} janvier 1997. Pour ce faire, la retraitée ou le retraité doit compléter une demande à cet effet et la transmettre à l'assureur dans les soixante (60) jours suivant la date de sa retraite.

Si la demande est reçue par l'assureur après le délai précité, ladite demande est refusée et l'assurance cesse rétroactivement à la date de la retraite de l'employée ou de l'employé. Cependant, dans le cas d'une retraitée ou d'un retraité de moins de soixante-cinq (65) ans résident du Québec, l'assureur se verrait dans l'obligation d'accepter la demande.

Une retraitée ou un retraité âgé de moins de soixante-cinq (65) ans peut, moyennant un préavis écrit à son employeur, refuser ou cesser de participer à ladite garantie à compter de la fin de la période de prime visée par le préavis, à condition qu'elle ou il établisse de façon satisfaisante qu'elle ou il est assuré en vertu d'une garantie d'assurance collective comportant des prestations similaires.

Toute retraitée ou tout retraité ayant une ou des personnes à charge peut, selon le cas, s'assurer comme retraitée ou retraité sans personne à charge ou comme retraitée ou retraité avec personnes à charge, au moyen d'un formulaire rempli par la retraitée ou le retraité et transmis directement à l'assureur.

Toute retraitée ou tout retraité peut assurer ses enfants à charge, ou sa conjointe ou son conjoint et ses enfants à charge pour la garantie d'Assurance maladie.

PARTICIPATION À LA GARANTIE D'ASSURANCE VIE

La participation à la garantie d'assurance vie est facultative et suppose la participation à la garantie d'assurance maladie à moins d'en être exempté conformément aux conditions décrites à l'alinéa PARTICIPATION À LA GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE.

Toute retraitée ou tout retraité membre de l'APEQ peut poursuivre sa participation à cette garantie en complétant une demande à cet effet et en la transmettant à l'assureur dans les soixante (60) jours suivant la date de sa retraite. Si la demande est reçue par l'assureur après le délai précité, ladite demande est refusée et l'assurance cesse rétroactivement à la date de la retraite de l'employée ou de l'employé.

Toute retraitée ou tout retraité peut assurer sa conjointe ou son conjoint pour la garantie d'assurance vie des personnes à charge.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE EN VERTU DE LA GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE

- a) La protection d'une retraitée ou d'un retraité qui soumet sa demande dans les délais prévus se poursuit à la date de sa retraite.

- b) L'assurance des personnes à charge prend effet à la dernière des dates suivantes :
- i) la date à laquelle l'assurance de la retraitée ou du retraité prend effet, ou
 - ii) la date à laquelle elles deviennent des personnes à charge de la retraitée ou du retraité,
 - iii) la date de réception de la demande, si la personne à charge répond aux conditions du régime.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE EN VERTU DE LA GARANTIE D'ASSURANCE VIE

- a) L'assurance d'une retraitée ou d'un retraité qui soumet sa demande dans les délais prévus se poursuit à la date de sa retraite.
- b) L'assurance de la conjointe ou du conjoint prend effet à la dernière des dates suivantes :
- i) la date à laquelle l'assurance de la retraitée ou du retraité prend effet;
 - ii) la date qui correspond au premier jour du mois qui suit la réception par l'employeur de l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur relativement à la conjointe ou au conjoint de la retraitée ou du retraité;
 - iii) la date à laquelle la conjointe ou le conjoint devient une personne à la charge de la retraitée ou du retraité.

FIN DE L'ASSURANCE

Assurance maladie

L'assurance de toute participante ou de tout participant se termine d'office à 0 h 00, à la première des dates suivantes :

- a) La date de résiliation de la garantie ou du présent régime;
- b) La date à laquelle elle ou il cesse de remplir les conditions d'admissibilité;
- c) La date à laquelle elle ou il cesse de participer selon les termes de la clause PARTICIPATION À LA GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE du présent régime;
- d) La date à laquelle elle ou il est incarcéré suite à la commission d'un acte criminel pour lequel elle ou il a été reconnu coupable.

Assurance vie

- a) L'assurance de toute participante ou de tout participant se termine à 0 h 00, à la première des dates suivantes :
- i) La date de terminaison du présent régime;
 - ii) La date à laquelle elle ou il cesse de participer à la garantie d'assurance maladie, sauf si elle ou il est exempté en conformité avec la clause PARTICIPATION À LA GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE du présent régime;
 - iii) La date de terminaison de la garantie;
 - iv) au décès de la participante ou du participant;
 - v) La date à laquelle elle ou il est incarcéré suite à la commission d'un acte criminel pour lequel elle ou il a été reconnu coupable.
 - vi) À l'âge indiqué au Tableau sommaire;
- b) Conjointe ou conjoint : L'assurance de toute conjointe ou conjoint se termine à 0 h 00, à la première des dates suivantes :
- i) La date de terminaison de la garantie ou du présent régime;
 - ii) La date de terminaison de l'assurance de la participante ou du participant dont elle est à charge;
 - iii) La date à laquelle elle ou il cesse d'être une conjointe ou un conjoint aux termes du présent régime;
 - iv) Le premier jour du mois qui suit la date de réception par l'employeur d'un avis écrit de la participante ou du participant avec conjointe ou conjoint qui demande de s'assurer sans conjointe ou conjoint.

PRESTATIONS

DEMANDE DE RÈGLEMENT ET DÉLAI

Assurance maladie :

Toute demande de règlement d'Assurance maladie doit être transmise à l'assureur dans les douze (12) mois suivant immédiatement la date de survenance du sinistre donnant droit à des prestations, au moyen des formulaires fournis par l'assureur et, s'il y a lieu, avec les preuves écrites satisfaisantes.

Toutefois, aucun retard dans la présentation des pièces requises par l'assureur ne peut être retenu contre la participante ou le participant, si elle ou il démontre que les pièces ont été remises dès que possible.

Assurance vie, Assurance vie de la conjointe ou du conjoint :

Toute demande de règlement doit être faite sur les formulaires fournis à cet effet par l'assureur dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant immédiatement la date de survenance du sinistre donnant droit à des prestations, et des preuves écrites satisfaisantes doivent parvenir à l'assureur dans les cinq (5) mois suivant immédiatement la date à laquelle des prestations sont payables.

Toutefois, aucun retard dans la présentation des pièces requises par l'assureur ne peut être retenu contre la participante ou le participant (ou ses ayants droit, le cas échéant), si elle ou il démontre que les pièces ont été remises dès que possible.

L'assureur se réserve le droit d'exiger des preuves ou renseignements additionnels et de faire examiner la personne assurée par un médecin de son choix.

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

SUBROGATION

(Cette disposition ne s'applique pas aux prestations d'Assurance vie ni aux prestations d'Assurance décès et mutilation accidentels, le cas échéant.)

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

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

Le participant doit aviser l'assureur aussitôt qu'une action comportant une réclamation en dommages-intérêts contre un tiers est intentée par lui ou par une personne à sa charge. Le participant ou la personne à charge doit informer l'assureur de tout jugement ou règlement à l'issue d'une réclamation en dommages-intérêts contre un tiers et lui fournir des copies de tous les documents pertinents, de toute procédure écrite et de tout sommaire. Le participant ou la personne à charge doit veiller à ce que le droit de subrogation de l'assureur soit

mentionné dans tout recours contre un tiers et doit donner à son avocat l'instruction de collaborer entièrement avec l'assureur. L'assureur ne peut être tenu responsable des frais juridiques ou des frais en ce qui concerne l'avancement de son recours subrogatoire à moins qu'il ait expressément accepté ces frais et dépenses par écrit à l'avance. L'assureur se réserve le droit de retenir les services d'un avocat et d'exercer son droit de subrogation contre le tiers et, à cet égard, le participant ou la personne à charge et son avocat doivent accorder leur entière collaboration à l'assureur dans le cadre de son recours.

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

PAIEMENT DES PRESTATIONS

L'assureur paiera les sommes assurées, suivant les conditions du contrat, dans les trente (30) jours qui suivent la date de réception des preuves jugées satisfaisantes par l'assureur.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE SUITE AU DÉCÈS DE LA PARTICIPANTE OU DU PARTICIPANT

Lors du décès d'une participante ou d'un participant, la conjointe ou le conjoint peut maintenir sa participation et celle de ses enfants à charge aux garanties d'assurance qu'elle ou il détenait le jour précédant le décès de la participante ou du participant.

Pour ce faire, la conjointe ou le conjoint doit devenir membre de l'APEQ dans les soixante (60) jours suivant le décès de la participante ou du participant, le demeurer par la suite et payer les primes d'assurance requises.

RESTRICTIONS RELATIVES AUX ACTIONS EN JUSTICE

Aucune action ni procédure judiciaire visant l'assureur ne peut être déposée dans les soixante (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 présente police.

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 sur la prescription des actions, 2002* [Ontario]; Code civil [Québec]) dans la province du participant.

ASSURANCE VIE DE LA PARTICIPANTE OU DU PARTICIPANT

À votre décès, si la présente garantie a été retenue, l'assureur s'engage à verser au bénéficiaire le capital assuré indiqué au Tableau sommaire.

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE LA PARTICIPANTE OU DU PARTICIPANT

Vous pouvez, au moment de votre retraite, conserver un montant d'assurance vie additionnelle, sans avoir à présenter de preuves d'assurabilité, si vous en faites la demande dans les trente et un (31) jours suivant votre départ à la retraite.

Le capital assuré en vertu de la présente garantie est indiqué au Tableau sommaire.

EXCLUSION

Si un participant se suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non, alors qu'il est assuré depuis moins de douze (12) mois consécutifs en vertu de la présente garantie ou de la garantie de l'assureur précédent, l'assureur ne rembourse que les primes perçues pour ce participant et ce remboursement le libère de toutes obligations en vertu des présentes.

Le délai de douze (12) mois recommence à courir à la date où

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

ASSURANCE VIE DE LA CONJOINTE OU DU CONJOINT

Au décès de votre conjointe ou de votre conjoint, si la présente garantie a été retenue, l'assureur s'engage à vous verser les prestations prévues au Tableau sommaire.

ASSURANCE MALADIE

L'assureur s'engage à rembourser les frais normaux et raisonnables pour les soins et services engagés par suite d'une blessure accidentelle, d'une maladie ou d'une grossesse, sous réserve des conditions ci-après énoncées.

Résidentes ou résidents du Québec :

Pour les résidentes ou résidents du Québec, l'assureur s'engage à rembourser les frais relatifs à la protection prévue par le RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS du Québec, pour la ou le participant(e) de moins de soixante-cinq (65) ans, ainsi que ses personnes à charge, sans égard à leur âge ni au risque relié à leur état de santé.

Cette protection est obligatoire pour toute retraitée ou tout retraité et ses personnes à charge admissibles au présent régime, sous réserve des dispositions de la Loi sur l'assurance-médicaments.

La protection offerte est conforme aux dispositions pertinentes de la Loi sur l'assurance-médicaments et à toute autre disposition prévue au Tableau sommaire, selon la catégorie à laquelle vous appartenez.

Toute modification à la Loi sur l'assurance-médicaments touchant le RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS du Québec modifiera également les dispositions pertinentes du présent régime.

Il est entendu et convenu en vertu du présent régime que les participants assurés âgés de soixante-cinq (65) ans et plus ainsi que leurs personnes à charge résidant au Québec sont présumés être couverts en vertu du régime d'ASSURANCE-MÉDICAMENTS de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Cependant, si le ou la participant(e) assuré(e) âgé(e) de soixante-cinq (65) ans et plus le désire, il (elle) peut obtenir la protection en vertu du présent régime moyennant le paiement du coût additionnel tel que prévu au contrat.

DÉFINITIONS PARTICULIÈRES

Hôpital : Hôpital désigne une institution

- a) légalement reconnue comme telle par la Loi sur l'assurance-hospitalisation du Québec et par la Loi sur le ministère de la santé et des services sociaux;
- b) destinée aux soins des patientes ou patients alités; et
- c) qui assure en tout temps les services de médecin et d'infirmière ou d'infirmier autorisé.

Les unités dans les hôpitaux réservées aux soins des convalescents sont exclues.

Maison de réadaptation ou maison de convalescence : Ces termes désignent une institution ou une unité de soins

- a) légalement reconnue comme telle; et
- b) destinée aux soins des patientes ou patients alités.

Les établissements de soins infirmiers, les maisons pour personnes âgées, les maisons de repos, les maisons pour personnes atteintes de maladies chroniques, les centres d'hébergement et les centres pour alcooliques et toxicomanes sont exclus.

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

Orthèse ou appareil orthopédique : Appareil appliqué à un membre ou à une partie du corps pour corriger une déficience fonctionnelle.

Appareils thérapeutiques ou appareils médicaux : Appareils couramment utilisés selon les normes du fabricant et reconnus spécifiquement pour le traitement immédiat d'une condition pathologique suite à une maladie ou un accident, tels que les appareils pour le contrôle de la douleur, le prolongement de la physiothérapie et l'administration d'un médicament, les appareils d'assistance respiratoire et de diagnostic, excluant les appareils orthopédiques, les stéthoscopes et sphygmo-manomètres.

Médicament (d'origine ou générique) : S'il est fait mention de ces deux types de médicament, le médicament *d'origine* désigne le premier médicament développé et mis sur le marché. Le médicament *générique* désigne toute reproduction d'un médicament d'origine et est habituellement moins dispendieux.

HOSPITALISATION AU CANADA

L'assureur rembourse la partie des frais d'hospitalisation engagés au Canada qui excède le montant remboursé par les régimes gouvernementaux, jusqu'à concurrence des maximums indiqués au Tableau sommaire.

FRAIS D'URGENCE HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

L'assureur rembourse les frais d'hospitalisation et les frais médicaux et chirurgicaux hors de la province de résidence de la personne assurée, en cas d'urgence, pour la partie des frais qui est admissible et qui excède le montant payé par un régime provincial d'assurance maladie auquel doit participer toute personne assurée.

Les frais doivent être rendus nécessaires en raison d'une maladie subite et inattendue ou d'un accident survenu pendant tout séjour hors de la province de résidence, ou pendant un séjour hors du Canada dont la durée prévue n'excède pas cent quatre-vingts (180) jours.

De plus, si la personne assurée est hospitalisée hors du Canada, elle doit contacter le SERVICE D'ASSISTANCE MÉDICALE dès qu'il est possible de le faire, sans quoi l'assureur se réserve le droit de terminer la couverture.

En l'absence de contre-indication médicale, l'assureur peut exiger le rapatriement de toute personne assurée ou son transfert à un lieu de traitement différent. Le rapatriement doit être recommandé et planifié par la firme d'assistance médicale. Le refus de suivre une recommandation de rapatriement libère l'assureur de toute responsabilité relativement aux frais engagés par la suite.

Le maximum global que rembourse l'assureur pour les frais engagés hors de la province de résidence est limité au maximum viager par personne assurée de quatre millions de dollars (4 000 000 \$) indiqué au Tableau sommaire.

FRAIS MÉDICAUX AU CANADA

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

- a) Les services, soins et traitements prescrits au préalable par un médecin :
 - i) Les services fournis au domicile de la personne assurée par un infirmier autorisé ou par un infirmier auxiliaire, à condition que :
 - les services rendus soient prescrits par un médecin et approuvés au préalable par l'assureur;
 - Les services soient nécessaires du point de vue médical;
 - Les services soient de l'ordre de ceux fournis par un infirmier autorisé ou par un infirmier auxiliaire; et
 - L'infirmier autorisé ou l'infirmier auxiliaire ne possèdent aucun lien de parenté avec la personne assurée et ne demeurent pas avec elle normalement.
 - ii) Service ambulancier professionnel aérien, routier ou ferroviaire pour le transport d'urgence 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;
 - iii) Oxygène et location d'appareils en vue de son administration;

- iv) Frais de déplacement, à l'exception des services ambulanciers, pour les personnes assurées devant subir un traitement médical qui ne peut pas être effectué dans leur localité, jusqu'à concurrence des maximums indiqués au Tableau sommaire;
- v) Les médicaments (y compris les médicaments liés aux problèmes d'obésité) qui sont délivrés par un pharmacien et qui ne peuvent être obtenus que sur l'ordonnance d'un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire des médicaments, à l'exception des produits exclus à l'article Exclusions et réductions de la présente garantie.

Les médicaments prescrits sous convention tels que, mais non limités, aux médicaments d'entretien pris sur une base quotidienne, durant une période prolongée, pour le traitement d'un problème de santé continu, tels que les médicaments pour le traitement de l'asthme, du diabète, de l'hypertension artérielle, du taux de cholestérol élevé, pourvu qu'ils soient prescrits par un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire de tels médicaments et qu'ils soient délivrés par un pharmacien.

L'équipement lié à l'injection d'insuline tels les aiguilles, les seringues, les lancettes et le matériel pour des tests de diagnostic.

Pour les résidents du Québec, ces frais médicaux sont en excédent de ceux de la section d'Assurance-médicaments.

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 34 jours, sauf dans le cas de médicaments requis pour une thérapie à long terme (médicaments d'entretien) pour lesquels une quantité pouvant durer jusqu'à 100 jours est permise.

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

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

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

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 présente police ou un changement significatif en général dans le risque pour l'assureur.

Génériques forcés

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 :

- Un médicament de relais pour le médicament d'origine considéré comme interchangeable par la loi; ou
 - Un produit biologique ultérieur.
- vi) Achat de membres artificiels et de prothèses externes ou oculaires pour perte subie en cours d'assurance;
- vii) Location ou achat d'un fauteuil roulant non motorisé, d'un lit d'hôpital (excluant un lit électrique) et d'appareils d'assistance respiratoire;
- viii) Achat ou location d'appareils thérapeutiques et les frais d'entretien, d'ajustement et de remplacement de ces appareils, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.
- Les appareils de contrôle tels un dextromètre, un stéthoscope, un sphygmomanomètre ou autres appareils de même nature sont exclus (sauf si spécifiés dans la présente garantie);
- ix) Achat de prothèses mammaires, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
- x) Achat de bas de contention à compression moyenne ou forte (plus de 20 mm/hg) par suite d'insuffisance du système veineux ou lymphatique, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;

- xi) Séjour dans une maison de réadaptation ou une maison de convalescence dûment autorisées par un organisme gouvernemental approprié, si la personne assurée est sous les soins d'un médecin ou d'une infirmière ou d'un infirmier licencié et y reçoit un traitement curatif, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
- xii) Frais de chaussures orthopédiques décrits ci-après :
 - Chaussures conçues et fabriquées sur mesure pour la personne assurée à partir d'un moulage lorsque ces chaussures sont requises pour corriger un défaut du pied;
 - Chaussures profondes, ouvertes, évasées, droites, nécessaires au maintien des attelles dites de *Dennis Browne*, de même que les modifications ou additions faites à des chaussures préfabriquées;
- xiii) Frais d'analyses de laboratoire, électrocardiogrammes, électro-encéphalogrammes, échographies de clarté nucale, tests de dépistage prénataux, traitements par radiation, programmes de diagnostic gastro-intestinal et radiographies, faits dans un établissement commercial ou une clinique privée, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
- xiv) Achat ou location d'appareils orthopédiques autres que souliers orthopédiques, orthèses podiatriques, lunettes, lentilles cornéennes, appareils auditifs, qui sont obtenus dans un établissement ou dans un laboratoire reconnu et qui sont requis à la suite d'une lésion corporelle ou d'une maladie. L'achat doit être effectué pendant que la présente garantie est en vigueur;
- xv) Achat ou location de béquilles, à condition que ces frais soient préalablement approuvés par l'assureur, et achat de bandes herniaires, corsets orthopédiques, attelles et plâtres;
- xvi) lunettes, lentilles cornéennes ou lentilles intra-oculaires à la suite d'une intervention chirurgicale pour des cataractes, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
- xvii) Achat de prothèses capillaires suite à une chimiothérapie, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
- xviii) Les frais pour les injections sclérosantes médicalement nécessaires, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire;
- xix) Achat d'un moniteur de glucose sanguin (réflectomètre ou glucomètre) pour les personnes assurées diabétiques présentant une condition médicale insulino-dépendante;

- xx) Coût quotidien pour chambre et pension dans une clinique reconnue, située au Canada ou aux États-Unis, spécialisée en réhabilitation pour alcooliques et autres toxicomanes où la patiente ou le patient reçoit effectivement un traitement curatif, jusqu'à concurrence des maximums indiqués au Tableau sommaire. La clinique doit être sous le contrôle d'un médecin et sous la surveillance constante d'une infirmière ou d'un infirmier licencié. La présente garantie ne s'applique qu'à la participante ou qu'au participant;
- xxi) Achat de sang et de plasma sanguin.
- b) Les soins dentaires donnés hors de l'hôpital par une ou un dentiste et rendus nécessaires par suite d'une blessure accidentelle aux dents naturelles, saines et entières, survenue en cours d'assurance, selon le tarif normal suggéré pour une ou un généraliste.

Seuls les soins reçus au cours des six (6) mois qui suivent l'accident sont couverts. Les autres frais dentaires sont exclus.
- c) Les honoraires pour les soins paramédicaux donnés par l'une ou l'un des spécialistes indiqués au Tableau sommaire et jusqu'à concurrence des maximums indiqués au Tableau sommaire.

Les soins paramédicaux doivent être donnés par une personne dûment autorisée, par l'organisme provincial ou fédéral responsable, à pratiquer sa profession dans les limites définies par les règles de cette profession.

Les frais de radiographies d'une chiropraticienne ou d'un chiropraticien, d'une ou d'un ostéopathe, d'une ou d'un podiatre (chiropodiste) et d'une ou d'un acupuncteur, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

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;
- d) Les frais de prothèses auditives suivants : L'achat initial, le remplacement ou la réparation d'une prothèse auditive ou d'accessoires connexes (à l'exception des piles) et les services professionnels d'une ou d'un audioprothésiste, par suite de l'achat de cette prothèse, s'ils sont prescrits par un médecin, une ou un audiologiste ou une ou un orthophoniste.

S'il est prévu que le coût total des frais à encourir dépasse mille dollars (1 000 \$), une autorisation de l'assureur doit être obtenue avant d'engager les frais.
- e) Les frais oculaires suivants sont couverts s'ils sont encourus sur la prescription écrite d'une ou d'un ophtalmologiste ou d'une ou d'un optométriste :

- i) Lunettes (verres correcteurs et monture), excluant les lunettes de soleil ou lunettes de sécurité, ou lentilles cornéennes, au choix de la personne assurée, jusqu'à concurrence des maximums indiqués au Tableau sommaire;
- ii) Lentilles cornéennes, si médicalement nécessaires, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant :
 - pourvu que ces lentilles cornéennes soient prescrites dans le cas d'un kératocône (cornée conique) ou à la suite d'une intervention chirurgicale,
 - lorsqu'une correction satisfaisante de la vision ne peut être obtenue par l'usage de lunettes;
 - lorsque ces lentilles cornéennes sont achetées dans les douze (12) mois qui suivent l'intervention chirurgicale.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

- a) La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :
 - i) Tous les frais 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 soumise;
 - ii) Tous les frais résultant de toute tentative de suicide ou toute blessure que la personne assurée s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
 - iii) Tous les frais résultant de toute blessure ou maladie qui résulte d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, de la participation à une émeute ou du service actif dans les forces armées de tout pays;
 - iv) L'intervention chirurgicale ou le traitement qui n'est pas médicalement nécessaire, qui est donné dans un but esthétique ou dans un but autre que curatif;
 - v) 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;
 - vi) L'examen des yeux;
 - vii) Les frais d'achat ou de location de tout appareil de confort, de massage et d'accessoires domestiques d'usage non exclusivement

médical tels les bains tourbillon, purificateurs d'air, humidificateurs, climatiseurs et autres appareils de même nature;

- viii) Les frais d'achat de suppléments alimentaires ou nutritifs;
 - ix) Les produits ou médicaments suivants ne sont pas couverts :
 - produits pour soins esthétiques, cosmétiques;
 - produits dits naturels;
 - produits servant à l'insémination artificielle;
 - x) La contribution au paiement du coût des services pharmaceutiques et des médicaments que doit assumer la personne assurée en vertu de tout régime provincial d'assurance médicaments;
 - xi) Les frais 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;
 - xii) Les services, fournitures, examens ou soins qui sont exigés par un tiers ou reçus collectivement;
 - xiii) Les soins ou traitements reliés à la fertilité ou l'infertilité;
 - xiv) Les frais engagés pour des problèmes de dysfonction érectile;
 - xv) Les frais liés à tout soin ou traitement qui a été prodigué par un fournisseur de soins de santé ou un fournisseur de services qui :
 - a été accusé d'avoir commis une faute professionnelle ou d'avoir eu recours à des pratiques déloyales; ou
 - fait l'objet d'une enquête menée par un organisme officiel relativement à une loi ou à un règlement; ou
 - fait l'objet d'une enquête menée par l'assureur relativement à sa conduite professionnelle ou à sa pratique; ou
 - 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 et, selon l'avis raisonnable de l'assureur, ne satisfait pas aux standards de l'industrie relatifs à sa profession.
- b) Le montant de la prestation est diminué de toute prestation payable ou remboursable en vertu d'un régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui habituellement l'aurait été si une demande de règlement avait été soumise.

CALCUL DU REMBOURSEMENT

Franchise

La franchise est la partie des frais couverts qui doit être payée par la participante ou le participant avant que des prestations soient payables en vertu de la présente garantie. Le montant maximal de la franchise exigible au cours d'une année civile est indiqué au Tableau sommaire, le cas échéant.

Report de la franchise

Si la franchise a été acquittée en tout ou en partie par le paiement de frais engagés au cours des trois (3) derniers mois d'une année civile, la franchise applicable à l'année suivante sera réduite du montant de la franchise déjà acquittée.

Remboursement

L'assureur rembourse un certain pourcentage des frais couverts qui ont été engagés au cours d'une année civile, après avoir déduit la franchise applicable à cette année-là, le cas échéant. Ce pourcentage est indiqué au Tableau sommaire.

Maximum par personne assurée

Le maximum global que rembourse l'assureur pour la présente garantie est indiqué au Tableau sommaire.

Coordination des prestations

Le présent article s'applique à toute garantie couvrant des frais pour soins, services ou fournitures. L'expression «garantie» désigne toute garantie qui prévoit des prestations pour soins, services ou fournitures en vertu :

- a) de tout régime d'assurance collective, individuelle, familiale, d'assurance voyage, d'assurance des débitrices et débiteurs et des épargnantes et épargnants,
- b) de tout régime public prévoyant des prestations pour des soins similaires, et
- c) 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 soixante (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 soixante (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.

ASSISTANCE MÉDICALE HORS DU CANADA

Cette garantie offre à la personne assurée, qui participe déjà à un régime gouvernemental d'assurance maladie, un service d'assistance médicale en cas d'urgence pendant un voyage privé ou professionnel dont la durée prévue n'excède pas cent quatre-vingts (180) jours consécutifs pour tout accident ou maladie survenu hors du Canada, sous réserve des conditions ci-après énoncées.

Afin de se prévaloir de cette garantie, la personne assurée doit obligatoirement être assurée sous la garantie d'ASSURANCE MALADIE faisant partie du présent régime.

DÉFINITIONS PARTICULIÈRES

Autorité médicale : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve la personne assurée.

Accident : Tout événement soudain, imprévisible et violent, résultant directement d'une cause externe, indépendant de la volonté de la personne assurée, constituant la cause d'une atteinte corporelle qui empêche la continuation normale du voyage, et qui survient pendant que cette garantie est en vigueur.

Membre de la famille : La conjointe ou le conjoint, le père, la mère, une ou un enfant, un frère ou une soeur de la personne assurée.

Maladie : Toute altération soudaine et imprévisible de la santé constatée par une autorité médicale compétente et qui empêche la continuation normale du voyage, et qui survient pendant que cette garantie est en vigueur.

Centre hospitalier : Centre hospitalier désigne une institution de soins de courte durée :

- a) légalement reconnue comme telle dans le pays où est située l'institution;
- b) destinée aux soins des patientes ou patients alités;
- c) pourvue d'un laboratoire et d'une salle d'opération;
- d) qui assure vingt-quatre (24) heures par jour les services de médecins diplômés et d'infirmières ou d'infirmiers autorisés.

Cependant, les maisons de réadaptation, de convalescence, de repos ou de soins pour malades chroniques, de même que les unités réservées à cet effet dans les hôpitaux, sont exclues.

Sinistre : Tout événement, accident ou maladie justifiant l'intervention du service d'assistance médicale.

ASSISTANCE MÉDICALE

- a) Les services médicaux suivants sont disponibles en cas d'urgence suite à une maladie ou à un accident :
- i) Accès jour et nuit
 - Accès à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit au service téléphonique polyglotte permettant de mettre en contact la personne assurée avec un réseau de spécialistes, pour toutes les urgences associées à son voyage.
 - ii) Accès médical
 - 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 l'établissement hospitalier le plus proche du lieu de la maladie ou de l'accident.
 - Vérifier la couverture d'assurance à la demande des médecins et des hôpitaux.
 - iii) Transport médical
 - Organiser et contrôler le transport ou le transfert par tout moyen approprié recommandé par le médecin traitant, en accord avec le service d'assistance médicale, vers un centre hospitalier proche du lieu de l'accident ou de la maladie, si l'urgence médicale le nécessite.
 - Organiser le rapatriement de la personne assurée à son domicile ou jusqu'à un centre hospitalier 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 service 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.
 - Les frais engagés pour le transport et le transfert de la personne assurée et décrits aux deux paragraphes précédents seront pris en charge par l'assureur.

iv) Paiement des dépenses médicales et avance de fonds

- Prendre les arrangements nécessaires au paiement des dépenses médicales couvertes en vertu de la garantie ASSURANCE MALADIE faisant partie du présent régime pour l'hospitalisation et les soins médicaux et chirurgicaux hors du Canada en cas d'urgence.

Si nécessaire, le service d'assistance médicale avance des fonds, après accord préalable de l'assureur, jusqu'à concurrence de dix mille dollars (10 000 \$), en monnaie légale du Canada, pour la participante ou le participant et ses personnes à charge assurées.

Toute avance de fonds est redevable par la participante ou le participant à l'assureur, en un seul versement et selon le taux de change en vigueur à la date à laquelle les fonds ont été avancés, dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant son retour au pays. En cas de défaut de paiement, l'assureur se réserve le droit de compenser sur les règlements en assurance maladie ou tout autre règlement présenté par la participante ou le participant ou ses personnes à charge, en vertu du présent régime.

v) Rapatriement de la dépouille mortelle

- Suite au décès de la personne assurée causé par une maladie ou un accident, le service d'assistance médicale s'occupe des formalités à accomplir sur place et du paiement des frais de traitement «post mortem», de cercueil et du transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation au Canada, jusqu'à concurrence de cinq mille dollars (5 000 \$) par personne assurée. Les frais d'obsèques ne sont pas à la charge du service d'assistance médicale ou de l'assureur.

vi) Retour des enfants à charge

- Organiser le rapatriement des enfants de la personne assurée qui ont moins de seize (16) ans et sont privés de surveillance. Le service d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touriste des enfants accompagnés, au besoin, à leur lieu de résidence habituel au Canada. 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.

- vii) Retour d'un membre de la famille
- Organiser le rapatriement de tout autre membre de la famille ayant perdu l'usage de son billet d'avion en raison de l'hospitalisation ou du décès de la personne assurée. Le service d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touriste d'un membre de la famille à son lieu de résidence habituel au Canada. 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.
- viii) Visite d'un membre de la famille
- Organiser le transport aller-retour en classe touriste d'un membre de la famille à des fins de visite si la personne assurée est hospitalisée pour une durée minimum de sept (7) jours consécutifs et si ladite visite est bénéfique à la personne assurée, d'après l'avis du médecin traitant.
- ix) Allocation pour nourriture et logement
- Aux fins des paragraphes vi), vii) et viii), les frais engagés pour le logement et les repas sont remboursés par le service d'assistance médicale jusqu'à concurrence de cent cinquante dollars (150 \$) par jour pour une durée maximum de sept (7) jours. Le service d'assistance médicale rembourse les frais reliés au logement et aux repas sur réception de reçus explicatifs.
- x) Retour du véhicule
- Le service d'assistance médicale verse une allocation maximale de mille dollars (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.
- xi) Avance de fonds
- En cas de nécessité, pour obtenir les services décrits aux paragraphes iii), vi), vii), viii), ix) et x), le service d'assistance médicale avance des fonds ou donne des garanties de paiement d'un maximum de mille dollars (1 000 \$) en monnaie légale du Canada. Toute avance de fonds est redevable par la participante ou le participant à l'assureur, selon le taux de change en vigueur à la date à laquelle les fonds ont été avancés. Ces fonds seront retenus par l'assureur à même les prestations payables, le cas échéant.

- b) Autres services d'assistance voyage disponibles lorsque la personne assurée voyage à l'étranger :
- i) Service téléphonique de traduction
 - En cas d'urgence, le service 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.
 - ii) Service de transmission et de garde de message
 - En cas d'urgence, le service d'assistance médicale transmet, sur demande, un message de la personne assurée à son domicile, à son bureau ou ailleurs, ou conserve pendant quinze (15) jours les messages qui sont destinés à la personne assurée ou aux membres de sa famille.
 - iii) Assistance juridique
 - En cas d'urgence de cet ordre, le service d'assistance médicale assiste la personne assurée afin d'obtenir de l'aide juridique locale lors d'un accident ou d'une autre cause de défense civile 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.
 - iv) Information-voyage
 - Le service d'assistance médicale transmet avant, pendant et après le voyage des informations relatives au transport, aux vaccinations et aux précautions à prendre.
 - v) Envoi de médicament
 - 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 est remboursé par la personne assurée à moins qu'il ne soit couvert en vertu de la garantie ASSURANCE MALADIE faisant partie du présent régime.
 - vi) Perte de bagages ou de documents
 - Si la personne assurée égare ou se fait voler ses bagages ou documents de voyage, le service d'assistance médicale aide la personne assurée à contacter les autorités compétentes.

EXCLUSIONS

La présente garantie ne couvre pas les éléments suivants :

- a) Tous les frais payables ou remboursables en vertu d'un régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été soumise;
- b) Tous les frais résultant de toute tentative de suicide ou toute blessure que la personne assurée s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- c) Tous les frais résultant de toute blessure ou maladie qui résulte 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) L'intervention chirurgicale ou le traitement qui n'est pas médicalement nécessaire, qui est donné dans un but esthétique ou dans un but autre que curatif, ou qui excède les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique, de même que les soins qui sont donnés en rapport avec une intervention chirurgicale ou un traitement de nature expérimentale;
- e) La partie des frais en excédent des frais raisonnables et courants engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une maladie de même nature et de gravité équivalente;
- f) 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;
- g) Tout voyage de santé ou cure de repos.

DISPOSITIONS

Déclaration du sinistre : La personne assurée doit, aussitôt qu'elle a connaissance du sinistre, user de tous les moyens pour arrêter les progrès de ce sinistre et doit contacter le service d'assistance médicale dès qu'il est possible de le faire, et lui indiquer les circonstances de ce sinistre, ses causes connues ou présumées. De plus, à la demande du service d'assistance médicale, la personne assurée devra fournir un certificat du médecin traitant relatant les conséquences probables de la maladie ou des blessures subies lors de l'accident.

Prescription : Toute demande de règlement pour un sinistre couvert doit être faite dans les douze (12) mois qui suivent la date du sinistre.

Restitution du billet de retour : Lorsque le transport est pris en charge par le service d'assistance médicale, la personne assurée est tenue de lui remettre soit le billet de retour initialement prévu, soit son remboursement, à défaut de quoi

l'assureur retiendra le prix du billet à même les sommes payables à la personne assurée, le cas échéant.

RESPONSABILITÉ DU SERVICE D'ASSISTANCE MÉDICALE

Le service d'assistance médicale est dégagé 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, avocates ou avocats et autres praticiennes ou praticiens ou établissements autorisés à qui le service d'assistance médicale adresse des personnes assurées sont, pour la plupart, des entrepreneurs indépendants et de ce fait, ils agissent pour leur propre compte plutôt qu'en qualité d'employées ou d'employés, d'agentes ou d'agents ou de subordonnées ou de subordonnés du service d'assistance médicale.

En outre, le service d'assistance médicale et l'assureur déclinent toute responsabilité à l'égard d'actes professionnels ou de carences imputables à des médecins, hôpitaux, cliniques, avocates ou avocats ou autres praticiennes ou praticiens ou établissements autorisés.

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.

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

ANNEXE – ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Police n° 100004461 établie par Solutions pour les marchés spéciaux, une division de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

En cas de blessure par suite d'un accident se produisant n'importe où dans le monde, et ce, 24 heures sur 24, au travail ou non, tout participant a droit au capital assuré choisi au moment de son adhésion. Ce capital assuré peut être de toute tranche de 25 000,00 \$, à partir d'un minimum de 25 000,00 \$ et jusqu'à concurrence d'un maximum de 350 000,00 \$.

Tout participant peut aussi choisir d'assurer sa famille. Si le participant n'a pas d'enfants, l'assurance de son conjoint correspond à 60 % du montant de la protection que le participant aura choisie pour lui-même. Si le participant et son conjoint ont des enfants, l'assurance du conjoint correspond à la moitié de celle du participant, chaque enfant (peu importe leur nombre) étant assuré pour un montant correspondant à 10 % de celui que le participant aura choisi pour lui-même. Si le participant est sans conjoint, l'assurance de chacun des enfants à sa charge correspond à 20 % du montant choisi pour lui-même sous réserve d'un maximum de 50 000,00 \$ et sous réserve d'un maximum de 75 000,00 \$ en vertu des dispositions établies à la majoration d'assurance pour enfants à charge.

Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles

La « perte » ou « perte fonctionnelle » doit se produire dans les 365 jours suivant la date de l'accident. Les prestations, versées sous forme de paiement unique, sont exigibles en sus de celles de toute autre assurance dont l'assuré pourrait bénéficier.

Pour la perte :	% du capital assuré
de la vie	100%
des deux mains ou des deux pieds ou de la vue complète des deux yeux.....	100%
d'une main et d'un pied ou d'une main et de la vue complète d'un oeil.....	100%
d'un pied et de la vue complète d'un œil ou de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100%
d'un bras ou d'une jambe.....	75%
d'une main ou d'un pied ou de la vue complète d'un œil ou de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	66 2/3%
du pouce et de l'index d'une main ou de quatre doigts d'une main	33 1/3%
de l'ouïe d'une oreille.....	33 1/3%
de tous les orteils d'un pied.....	25%
Quadruplégie (paralysie complète des membres supérieurs et inférieurs) ou Paraplégie (paralysie complète des deux membres inférieurs).....	200%
Hémiplégie (paralysie complète des membres, supérieur et inférieur, d'un côté du corps).....	200%

ANNEXE – ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Majoration d'assurance pour enfants à charge

Sauf en cas d'accident mortel, toute indemnité consentie en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles est doublée pour tout enfant à charge assuré, sous réserve d'un maximum de 75 000,00 \$.

Décès simultanés ou rapprochés (700 000 \$)

En cas de décès du participant et de son conjoint assuré par suite d'un même accident, à condition que les indemnités à cet égard soient exigibles en vertu de la police et que les deux décès se produisent dans les 90 jours suivant la date de l'accident, le montant du capital assuré prévu à l'égard du conjoint est augmenté pour correspondre à celui du participant. Cependant, le montant exigible en vertu de la présente garantie ne peut dépasser en aucun cas la somme de 700 000,00 \$.

Rapatriement d'un défunt (15 000 \$)

En cas de décès par suite d'une blessure, la Compagnie assume les frais engagés pour l'expédition de la dépouille à la ville où résidait la personne qui est décédée.

Formation de reclassement du conjoint (15 000 \$)

Si un participant décède des suites d'une blessure, la Compagnie assume les frais effectivement engagés par le conjoint pour suivre un programme régulier de formation professionnelle en vue d'obtenir les compétences exigées par un emploi effectif et sans lesquelles il ne saurait avoir toutes les aptitudes requises.

Prestations d'études supérieures (10 000 \$)

Si un participant décède des suites d'une blessure, la Compagnie verse 5 % du capital assuré à tout enfant à charge de ce dernier qui, à la date où s'est produit l'accident, était inscrit comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement postsecondaire (maximum de quatre années). Si, à la date du sinistre, il n'y a aucun enfant à charge admissible, la Compagnie verse un supplément de 2 500 \$ au bénéficiaire désigné.

ANNEXE – ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Services de garderie (5 000 \$)

Si un participant décède des suites d'une blessure, la Compagnie verse 5 % du capital assuré par année, à concurrence de quatre années consécutives, à l'égard de tout enfant à charge de moins de 13 ans qui, à la date de l'accident ou dans les douze mois suivants, est inscrit à une garderie dûment agréée.

Majoration pour port de ceinture de sécurité

En cas de sinistre assuré en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles, le capital assuré est majoré de 10 % si, au moment de l'accident, le participant, son conjoint, ou un enfant à charge assuré portait une ceinture de sécurité correctement attachée alors qu'il conduisait un véhicule ou en était un passager.

Hospitalisation (2 500 \$)

Des indemnités quotidiennes sont versées au participant, à son conjoint ou à un enfant à charge assuré pour toute période d'hospitalisation jugée nécessaire pour le traitement d'une blessure entraînant un sinistre assuré en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles de la police, celle-ci étant alors en vigueur et sous réserve du montant mensuel maximum indiqué ci-dessus.

Toute période d'hospitalisation exigée pour le traitement d'une blessure autre que celles qui sont énumérées sous la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles sera assurée en vertu des dispositions ci-dessus, à condition que l'hospitalisation soit d'une durée d'au moins 4 jours.

Transport d'un membre de la famille (15 000 \$)

Si un participant, son conjoint, ou un enfant à charge assuré ayant subi une blessure ouvrant droit à des indemnités en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles est hospitalisé à au moins 150 kilomètres de son lieu de résidence, la Compagnie assume les frais effectivement engagés pour l'hébergement d'un membre de la famille immédiate ainsi que pour son transport par le parcours le plus direct entre son domicile et le lieu d'hospitalisation du participant, du conjoint ou de l'enfant hospitalisé. Si le transport se fait dans un véhicule ou un appareil qui n'est pas autorisé à transporter des passagers contre rémunération, le remboursement des frais de transport se limite à un maximum de 0,35 \$ par kilomètre parcouru.

ANNEXE – ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Réadaptation (15 000 \$)

Si un participant subit une blessure l'obligeant à obtenir une formation spéciale pour devenir apte à exercer une profession particulière qu'il n'aurait pas exercée n'eut été cette blessure, la Compagnie assume les frais raisonnables et nécessaires engagés à cet égard, à condition qu'il s'agisse d'une blessure ouvrant droit à des indemnités en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles.

Adaptation de domicile et de véhicule (15 000 \$)

Si un participant, son conjoint ou un enfant à charge assuré subit une blessure l'obligeant à se déplacer en fauteuil roulant, la Compagnie assume les frais engagés pour des modifications à la résidence principale de l'intéressé et/ou des modifications à un seul véhicule utilisé par cette personne, à condition qu'il s'agisse d'une blessure ouvrant droit à des indemnités en vertu de la garantie Décès ou mutilation par accident et pertes fonctionnelles.

Exonération des primes

Si un participant est frappé d'invalidité totale et que sa demande d'exonération des primes est acceptée et approuvée en vertu du contrat d'assurance vie collective, la Compagnie renonce aux primes exigibles en vertu de la police jusqu'au décès, au rétablissement ou au 65^e anniversaire de l'intéressé, ou jusqu'à la date de résiliation de la police, selon ce qui se produit en premier.

Droit de transformation

Sur cessation de son emploi effectif chez le titulaire de la police, un participant peut obtenir, sans justification d'assurabilité, que son assurance accidents (et non celle de son conjoint ou de ses enfants à charge) soit transformée en police individuelle d'un capital assuré égal ou inférieur à celui en vigueur à la cessation de son emploi. La demande de transformation doit être faite dans une période de 31 jours. Les primes sont payables annuellement par anticipation.

Assurance aérienne limitée

L'assurance consentie en vertu de la présente police comprend l'indemnisation en cas de blessures subies du fait d'avoir – en qualité de passager et non en qualité de pilote ou de membre d'équipage – voyagé à bord de, monté ou descendu de, été heurté par ou forcé d'atterrir dans :

ANNEXE – ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

- (a) tout aéronef muni d'un certificat de navigabilité valide et exploité par une personne ayant une licence de pilote en règle l'autorisant à piloter un tel aéronef, ou
- (b) tout type d'aéronef de transport employé par les Forces canadiennes ou par les services de transport analogues de toute autre autorité gouvernementale dûment constituée d'un état partout dans le monde, à condition que cet aéronef ne soit pas à l'essai ou ne serve pas alors à des fins expérimentales.

Indépendamment de a) et de b) ci-dessus, la présente police exclut toute blessure subie du fait d'avoir – en qualité de passager, de pilote, d'exploitant ou de membre de l'équipage – voyagé à bord de, monté ou descendu de, été heurté par ou forcé d'atterrir dans tout aéronef dont le Titulaire de la police est le propriétaire, l'exploitant ou le preneur à bail.

Cessation de l'assurance d'une personne assurée

L'assurance de toute personne assurée prend immédiatement fin :

- A. En ce qui concerne le participant, dès : a) la date de résiliation de la présente police; b) la date d'échéance de la prime si le Titulaire de la police omet de payer la prime exigée pour un participant, sauf si c'est par inadvertance; c) la date d'échéance de la prime qui coïncide avec ou qui suit immédiatement la date du 75^e anniversaire; d) la date d'échéance de la prime qui suit la date à laquelle le participant cesse d'être associé au Titulaire de la police à titre de personne admissible à l'assurance en vertu de la présente.
- B. En ce qui concerne le conjoint et/ou un enfant à charge, dès : a) la date où cette personne cesse d'être admissible à l'assurance; b) la date de résiliation de l'assurance du participant.

En quel cas l'assurance est-elle sans effet?

- en cas de guerre, déclarée ou non, ou de quelque acte d'hostilité en découlant;
- en cas de service actif à temps plein au sein des forces armées de tout pays;
- en cas de suicide ou de tentative de suicide ou en cas de blessure qu'on s'est intentionnellement infligée, qu'on soit sain d'esprit ou non;
- en cas de vol en qualité de passager ou autre à bord de tout véhicule ou appareil de navigation aérienne sauf selon les dispositions prévues dans la rubrique « Assurance aérienne limitée »

ANNEXE – ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Bénéficiaire

L'indemnité exigible en cas de décès d'un participant est versée au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) que le participant a inscrit sur sa fiche d'adhésion et qui est en dossier chez le Titulaire de la police; en l'absence d'une telle désignation de bénéficiaire par le participant, l'indemnité est versée à sa succession. Toute autre indemnité exigible, y compris à l'égard du conjoint et des enfants à charge, est versée au participant, à l'exception des indemnités exigibles en vertu des garanties suivantes :

Services de garderie
Prestations d'études supérieures
Formation de reclassement du conjoint
Rapatriement d'un défunt
Transport d'un membre de la famille

Dans le cas où la police remplacerait une police en vigueur du titulaire, les renseignements au dossier concernant la désignation de bénéficiaire(s) seront supposés valides et demeureront pleinement applicables jusqu'à la réception d'une demande écrite de modification de la part de l'assuré.

Toute procédure ou démarche intentée contre l'assureur aux fins de recouvrement des prestations payables aux termes du contrat est strictement interdite à moins qu'elle n'ait été entreprise dans les délais prévus par la Loi sur les assurances ou une autre loi applicable.

Le présent aperçu n'est fourni qu'à titre d'information. Pour connaître le détail de l'assurance, veuillez consulter le contrat cadre remis au titulaire de la police et qui énonce clairement les dispositions du régime. Tout droit et toute obligation découlant de celui-ci est régi par le contrat cadre de la police établie par Solutions pour les marchés spéciaux, une division de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. et non par le présent aperçu.

