ASSURANCE COLLECTIVE

VOTRE LIVRET D'ASSURANCE COLLECTIVE



iA Groupe financier

SYNDICAT DES MÉTALLOS, SECTION LOCALE 9554
(AGENTS DE CONTRÔLE PRÉ-EMBARQUEMENT)

Catégorie 2
Employés à temps partiel de l'aéroport Montréal-Trudeau

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

Titulaire du régime : **SYNDICAT DES MÉTALLOS, SECTION LOCALE 9554 (AGENTS DE CONTRÔLE PRÉ-EMBARQUEMENT / PRE-BOARD SCREENING OFFICERS)**

N° de police : ***28580***

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 la 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 la 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	15
ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT	34
PRESTATION DE DÉCÈS ANTICIPÉE	39
ASSURANCE MÉDICAMENTS QUÉBEC	41
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE	45
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE	63
ASSURANCE SOINS DENTAIRES	71
COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION	83
COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT	84
PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	86

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

2 – Employés à temps partiel de l'aéroport de Montréal-Trudeau

CONDITIONS GÉNÉRALES

DATE D'ADMISSIBILITÉ

Un Employé devient admissible à la date à laquelle il a complété la Période d'admissibilité, sous réserve de toutes les modalités et conditions énoncées dans la police collective.

PÉRIODE D'ADMISSIBILITÉ

Le premier Jour du mois suivant ou coïncidant avec une période continue de 6 mois, se terminant à la Date de prise d'effet de la police collective ou après, durant laquelle l'Employé doit être Effectivement au travail.

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

Capital assuré

10 000 $

Réductions, Exclusions et Restrictions :

Le capital assuré est réduit de 50 % au 65e anniversaire de naissance du Participant.

Cette garantie et tout capital assuré en découlant sont assujettis à toutes autres réductions, exclusions et restrictions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants : le 80e anniversaire de naissance du Participant, ou à la date de sa retraite, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

PRESTATION DE DÉCÈS ANTICIPÉE

Capital assuré

Le moindre des montants suivants :

50 % du montant de l'Assurance vie du Participant,

et

5 000 $

Réductions, Exclusions et Restrictions :

Cette garantie et tout capital assuré en découlant sont assujettis à toutes autres réductions, exclusions et restrictions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants : le 65e anniversaire de naissance du Participant, ou à la date de sa retraite, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

ASSURANCE MÉDICAMENTS QUÉBEC

(Addendum à l'Assurance maladie complémentaire applicable aux résidents du Québec seulement)

(médicaments admissibles selon la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec)

Contribution maximale d'un Participant au cours d'une Année civile :

Telle que stipulée en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments* (L.R.Q., chapitre A-29.01).

Nonobstant de qui est indiqué dans la police collective, la Contribution maximale du Participant comprendra également toutes les sommes que celui-ci paie à titre de Franchise ou de coassurance pour son Conjoint et ses Enfants à charge, le cas échéant.

Franchise :

Telle que prévue à la garantie d'Assurance maladie complémentaire, sous réserve de tout maximum prévu par la *Loi sur l'assurance médicaments*.

Remboursement par l'assureur :

Tel que prévu à la garantie d'Assurance maladie complémentaire. Si toutefois le pourcentage du Remboursement est inférieur à celui prévu par la *Loi sur l'assurance médicaments*, celui-ci sera ajusté conformément au pourcentage minimal de Remboursement permis.

Si la Contribution maximale est atteinte par le Participant (y compris le Conjoint et les Enfants à charge) durant une Année civile, le pourcentage du Remboursement sera de 100 % pour le reste de l'Année civile.

ASSURANCE MÉDICAMENTS QUÉBEC (suite)

(Addendum à l'Assurance maladie complémentaire applicable aux résidents du Québec seulement)

(médicaments admissibles selon la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec)

Réductions, Exclusions et Restrictions :

Cette garantie et toute prestation payable en découlant sont assujetties à toutes les réductions, exclusions et restrictions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants : au 65e anniversaire de naissance du Participant, ou à la date de sa retraite, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective, sous réserve des Dispositions particulières pour les Personnes assurées de 65 ans et plus prévues dans la présente garantie.

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

TOUS LES AUTRES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA

Franchise – médicaments :	50 $ par Personne assurée Maximum de 50 $ par famille
– autres frais :	50 $ par Personne assurée Maximum de 50 $ par famille
Remboursement [(1)] :	80 %
Maximum :	Illimité

[(1)] *Pour les médicaments, le Remboursement est de 80 % jusqu'à concurrence du montant équivalent à la Contribution maximale, par famille, par Année civile, telle que prévu en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments. Lorsque ce montant est atteint durant une Année civile, le pourcentage de remboursement par l'assureur s'établit à 100 % pour le reste de l'Année civile. Le calcul de la Contribution maximale, par famille, par Année civile, comprend tous les médicaments admissibles en vertu de la police collective.*

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Applicable aux résidents du Québec seulement :

POUR LES PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS assurées auprès de la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour la liste des médicaments couverts en vertu du Régime général d'assurance médicaments du Québec, la présente garantie couvre :

- le coût des médicaments non remboursés par la RAMQ; et
- les frais pour toute contribution (coassurance et franchise) 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.

Réductions, Exclusions et Restrictions :

Cette garantie et toute prestation payable en découlant sont assujetties à toutes les réductions, exclusions et restrictions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants : 80e anniversaire de naissance du Participant, ou à la date de sa retraite, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Toutefois, les Frais médicaux d'urgence engagés hors de la Province de résidence et l'Assistance hors de la province en cas d'urgence se terminent au premier des évènements suivants : au 70e anniversaire de naissance du Participant, ou à la date de sa retraite, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Frais médicaux

Frais couverts	Maximums par Personne assurée
Tous les frais couverts en vertu de l'article «Frais médicaux engagés au Canada» de la garantie Assurance maladie complémentaire, autres que ceux indiqués ci-après	Illimité.
Vaccins de nature préventive	100 $ par Année civile. **Ces frais sont assujettis à la franchise et au pourcentage de remboursement des médicaments.**
Produits anesthésiants	20 $ par visite. **Ces frais sont assujettis à la franchise et au pourcentage de remboursement des médicaments.**
Honoraires d'infirmiers	5 000 $ par Année civile.
Prothèses mammaires	200 $ par période de 24 mois consécutifs.
Bas élastiques médicaux	4 paires par Année civile.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Frais médicaux (suite)

Frais couverts	Maximums par Personne assurée
Chambre et hébergement dans un établissement autorisé à fournir des soins de réadaptation ou de convalescence	Chambre semi-privée jusqu'à concurrence de 40 $ par Jour; maximum combiné de 90 Jours par Année civile pour tout séjour attribuable à la même cause. **Ces frais ne comportent aucune franchise et sont remboursés à 100 %.**
Examens de laboratoire, imagerie par résonance magnétique et tests prénataux	Maximum combiné de 500 $ par Année civile.
Appareil d'aérosolthérapie, tente d'inhalation, nébuliseurs pour la fibrose kystique, l'emphysème aigu, une bronchite obstructive chronique ou l'asthme chronique, appareils d'administration liés au diabète et respirateurs médicaux à pression positive intermittente	10 000 $ par Année civile.
Appareils de contrôles liés au diabète	300 $ par période de 60 mois consécutifs.
Chaussures orthopédiques et chaussures profondes	Maximum combiné de 200 $ par Année civile.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Frais médicaux (suite)

Frais couverts	Maximums par Personne assurée
Orthèses du pied et supports plantaires	Maximum combiné de 200 $ par Année civile.
Stérilets	1 stérilet par Année civile.
Lentilles intraoculaires à la suite d'une opération de la cataracte	200 $ à vie. **Ces frais ne comportent aucune franchise et sont remboursés à 100 %.**
Prothèses capillaires	300 $ à vie.
Injections sclérosantes	15 $ par visite.
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants : physiothérapeutes, physiatres et thérapeutes en réadaptation physique	Maximum combiné de 350 $ par Année civile. Un traitement par Jour.
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants : acupuncteurs, chiropraticiens, ergothérapeutes, homéopathes, massothérapeutes, naturopathes et ostéopathes	Maximum de 350 $ par Année civile pour chacun de ces praticiens. Un traitement par Jour.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Frais médicaux (suite)

Frais couverts	Maximums par Personne assurée
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants : audiologistes et thérapeutes de l'ouïe	Maximum combiné de 350 $ par Année civile. Un traitement par Jour.
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants : orthophonistes et thérapeutes de la parole	Maximum combiné de 350 $ par Année civile. Un traitement par Jour.
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants : psychologues (y compris les services de psychanalyse), psychothérapeutes et travailleurs sociaux	Maximum combiné de 500 $ par Année civile. Un traitement par Jour.
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants : podologues (1) et podiatres (1) *en Ontario et en Saskatchewan seulement*	Maximum combiné de 350 $ par Année civile. Un traitement par Jour.
Radiographies par un chiropraticien	50 $ par Année civile.
Prothèses auditives	500 $ par période de 48 mois consécutifs.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Frais médicaux (suite)

Frais couverts	Maximums par Personne assurée
Traitement pour la toxicomanie et l'alcoolisme	80 $ par Jour; maximum de 2 500 $ et une cure à vie.
Examens de la vue	50 $ par période de 24 mois consécutifs. **Les examens de la vue ne comportent aucune franchise et sont remboursés à 100 %.**
Lunettes (y compris les lunettes de soleil et de sécurité), lentilles cornéennes ou chirurgie correctrice au laser	Lunettes (y compris les lunettes de soleil et de sécurité), lentilles cornéennes ou chirurgie correctrice au laser jusqu'à concurrence d'un maximum de 150 $ par Année civile. **Ces frais ne comportent aucune franchise et sont remboursés à 100 %.**

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Franchise :	50 $ par Personne assurée Maximum de 50 $ par famille
Remboursement	
– Soins préventifs :	80 %
– Soins d'endodontie et de parodontie :	80 %
– Soins de base :	80 %
Maximum par Personne assurée	
– Soins préventifs, soins d'endodontie et de parodontie et soins de base :	750 $ par Année civile

Les frais sont remboursés selon le Guide des tarifs des chirurgiens dentistes de l'année courante ou, le cas échéant, selon le Guide des tarifs de l'Association des hygiénistes dentaires de l'année courante, sous réserve de toute limite indiquée à la garantie Assurance soins dentaires. S'il n'y a pas de guide des tarifs pour l'année de référence, l'assureur déterminera la base de remboursement en apportant un ajustement inflationniste au dernier guide en vigueur.

Réductions, Exclusions et Restrictions :

Cette garantie et toute prestation payable en découlant sont assujetties à toutes les réductions, exclusions et restrictions indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Cessation :

L'assurance en vertu de cette garantie se termine au premier des évènements suivants : au 70e anniversaire de naissance du Participant, ou à la date de sa retraite, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

DÉFINITIONS

Acceptation des preuves d'assurabilité signifie que l'assureur accepte effectivement, par écrit, le risque demandé après avoir reçu chacun des documents requis pour accepter ce risque.

Accident signifie tout évènement attribuable à une cause externe de nature soudaine et imprévisible qui occasionne des blessures physiques directement et indépendamment de toute autre cause, le tout étant certifié par un Médecin.

Année civile signifie la période qui s'étend du 1er janvier au 31 décembre suivant, inclusivement.

Assurance voyage signifie les garanties d'Assurance maladie complémentaire suivantes : Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence et Assistance hors de la province en cas d'urgence, et Assurance annulation de voyage, si une telle assurance est comprise dans la police collective.

Capacité de travailler légalement signifie que le Participant doit avoir chacune des licences, permis ou autre certification requis pour travailler légalement au Canada.

Chirurgie d'un jour signifie une 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.

Effectivement au travail signifie :

S'il s'agit d'un Jour de travail, l'Employé est considéré comme étant Effectivement au travail pour son Employeur s'il se présente au travail et exerce toutes les tâches essentielles de son occupation régulière pour la totalité du nombre d'heures prévu pour ce Jour de travail.

S'il s'agit d'un weekend, d'un jour férié ou d'un jour de vacances, l'Employé est considéré comme étant Effectivement au travail pour son Employeur si :

a) Ce jour-là, il aurait été capable de se présenter au travail pour son Employeur et d'exercer toutes les tâches essentielles de son occupation régulière pour la totalité du nombre d'heures prévu pour ce Jour de travail; et

b) À son dernier Jour de travail, il s'est présenté au travail et a exercé toutes les tâches essentielles de son occupation régulière pour la totalité du nombre d'heures prévu pour ce Jour de travail.

Employé signifie :

Employé à temps partiel signifie une personne qui est activement employée par l'Employeur, à temps partiel et pour moins de 24 heures par semaine.

Employeur signifie toute entité versant un Revenu régulier à l'Employé.

Hôpital signifie 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.

Hospitalisation et Hospitalisé signifie l'occupation d'une chambre d'Hôpital à titre de patient alité admis, pour laquelle des frais de chambre et d'hébergement ont été facturés en lien avec l'Hospitalisation. La Chirurgie d'un jour est considérée comme une période d'Hospitalisation.

Jour signifie un jour civil, sauf si défini autrement dans la police collective.

Jour de travail signifie un Jour durant lequel il est prévu que le Participant travaille pour son Employeur et exerce toutes les tâches essentielles de son occupation régulière pour la totalité du nombre d'heures prévu.

Maladie signifie toute détérioration de la santé requérant des soins continus et curatifs prodigués activement par un Médecin, et lorsque requis par la police collective, par un Spécialiste du domaine médical applicable à la Maladie.

Médecin signifie une personne légalement accréditée et autorisée à pratiquer la médecine et qui pratique dans le champ de son accréditation.

Médicalement requis signifie généralement accepté et reconnu par la profession médicale canadienne comme étant efficace, approprié et indispensable comme traitement d'une Maladie ou d'une blessure, y compris les blessures résultant d'un Accident, conformément aux normes médicales canadiennes.

Participant signifie un Employé qui est assuré en vertu de la police collective.

Période d'admissibilité signifie la période continue, telle qu'indiquée au Tableau Sommaire, se terminant à la Date d'entrée en vigueur de la police collective ou après, durant laquelle l'Employé doit être Effectivement au travail.

Personne à charge signifie 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 un an, ou moins, si un Enfant est issu de leur union.

La séparation de fait depuis plus de 3 mois fait 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; ou

ii) Être âgé de moins de 26 ans et fréquenter à temps plein une institution d'enseignement reconnue; ou

iii) Avoir un handicap mental ou physique et être incapable de gagner sa vie 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).

Personne assurée signifie 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 signifie avoir la résidence permanente au Canada et résider dans la province de résidence le nombre de Jours minimal requis pour être couvert sous le régime provincial de soins de santé applicable de cette province de résidence.

Revenu signifie :

Revenu annuel signifie la rémunération annuelle du Participant telle que déclarée par le Titulaire de la police à l'assureur.

Revenu mensuel signifie le Revenu annuel du Participant divisé par 12.

Revenu hebdomadaire signifie le Revenu annuel du Participant divisé par 52.

Revenu brut mensuel indexé avant l'Invalidité totale signifie le Revenu mensuel reçu par le Participant, immédiatement avant la date de début de l'Invalidité totale, augmenté chaque 1er mars qui coïncide ou qui suit le prochain anniversaire de la date à laquelle le Participant a eu droit à la prestation d'invalidité de longue durée selon l'indice des prix à la

consommation (tel que publié par le gouvernement du Canada) de l'Année civile qui précède.

Revenu brut mensuel avant l'Invalidité totale signifie le Revenu mensuel reçu par le Participant immédiatement avant la date de début de son Invalidité totale.

Revenu brut hebdomadaire avant l'Invalidité totale signifie le Revenu hebdomadaire reçu par le Participant immédiatement avant la date de début de son Invalidité totale.

Revenu net mensuel avant l'Invalidité totale signifie le Revenu mensuel reçu par le Participant immédiatement avant la date de début de son Invalidité totale, réduit des retenues d'impôts, du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, d'assurance-emploi et du Régime québécois d'assurance parentale.

Revenu net hebdomadaire avant l'Invalidité totale signifie le Revenu hebdomadaire reçu par le Participant immédiatement avant la date de début de son Invalidité totale, réduit des retenues d'impôts, du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, d'assurance-emploi et du Régime québécois d'assurance parentale.

Montant du Revenu à utiliser

Lorsqu'une prestation payée en vertu de la police collective est basée sur le Revenu du Participant, y compris toutes les variations de la définition de Revenu susmentionnées, le montant du Revenu qui sera utilisé pour déterminer la prestation sera le moindre de :

a) Le dernier Revenu déclaré à l'assureur par l'Employeur, ses agents ou ses administrateurs et qui a été utilisé dans le calcul de la prime payable; ou

b) Le Revenu que le Participant réellement reçu de son Employeur au moment de l'évènement pour lequel une réclamation est faite, ou

c) Si le Participant n'est pas Effectivement au travail au moment de l'évènement pour lequel une réclamation est faite, le Revenu du dernier Jour de travail au cours duquel il était Effectivement au travail.

Spécialiste signifie un Médecin autorisé à pratiquer la médecine avec une spécialité par l'autorité règlementaire provinciale compétente.

Titulaire de la police signifie toute entité inscrite comme étant le Titulaire de la police sur la page couverture de la police collective.

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 gouvernementaux 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.

Nonobstant ce que prévoit le paragraphe précédent, la police collective sera modifiée de façon à comporter les changements apportés au maximum de la rémunération assurable déterminé en vertu de la *Loi sur l'assurance-emploi*. De plus, si la législation fédérale ou provinciale exige qu'un assureur offre un certain type ou un certain niveau de protection ou les moyens de fournir un certain type de protection, la police collective sera réputée avoir été modifiée pour tenir compte des exigences de la législation.

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 des preuves d'assurabilité sont exigées par l'assureur pour accepter l'un des éléments suivants :

a) L'assurance en vertu de la police collective ou d'une garantie pour un Participant ou une Personne à charge; ou

b) L'augmentation, l'ajout ou la modification dans telle assurance 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) 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

c) 2 ans après la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance.

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 son droit d'annuler l'assurance 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'évènement donnant droit à une prestation.

ASSURANCE CHEZ UN TIERS

Un Participant admissible à la garantie Assurance maladie complémentaire ou à la garantie Assurance soins dentaires peut renoncer à ces garanties s'il

bénéficie d'une couverture comparable au terme du présent régime ou d'un autre régime.

Le refus d'adhérer à ces garanties peut être à l'égard du Participant et de ses Personnes à charge ou de ses Personnes à charge uniquement.

Si l'autre couverture comparable prend fin, une demande peut être faite afin d'assurer, en vertu de la police collective, les personnes dont la couverture a pris fin.

La demande doit être faite dans les 31 Jours suivant la cessation de la couverture comparable et la couverture prévue par la police collective entrera en vigueur le Jour suivant la date de cessation de la couverture comparable.

AGENTS

Le Titulaire de la police et l'Employeur ne sont pas des agents de l'assureur. L'assureur ne sera pas lié, ni responsable d'un acte ou d'une omission de la part du Titulaire de la police ou de l'Employeur.

ERREURS

Les erreurs administratives ou d'inadvertance du Titulaire de la police, de l'Employeur ou de l'assureur n'auront pas pour effet de :

a) Continuer une assurance qui autrement serait valablement résiliée.

b) Augmenter toute assurance existante.

c) Mettre en vigueur une assurance qui, n'eut été de cette erreur, ne serait pas validement en vigueur.

d) Nuire autrement à l'assureur de toute autre manière.

L'assureur peut, rétroactivement et à sa seule discrétion, en plus de tout autre recours légal à sa disposition, exercer l'un des droits suivants :

a) Rembourser au Titulaire de la police toute prime acceptée en raison de cette erreur.

b) Résilier ou annuler rétroactivement toute assurance qui y serait associée.

c) Réduire le montant de l'assurance au montant qu'il aurait dû être, n'eut été de cette erreur.

d) Prendre toute autre mesure qui peut être nécessaire pour corriger l'erreur.

ADMISSIBILITÉ

Employé

Un Employé deviendra 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 à toutes les exigences suivantes :

a) Il répond à la définition d'Employé de la police collective; et

b) Il est un Résident 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 a satisfait à la Période d'admissibilité précisée au Tableau sommaire.

Personnes à charge

Une personne deviendra 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 à toutes les exigences suivantes :

a) Elle répond à la définition d'une Personne à charge de la police collective; et

b) Elle est un Résident 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

d) L'Employé dont elle est une Personne à charge est assuré en vertu de la police collective à titre de Participant.

DEMANDE DE PARTICIPATION

Tout Employé qui devient admissible à l'assurance en vertu de la police collective à titre de Participant doit remplir et présenter une demande de participation pour lui-même et pour chacune de ses Personnes à charge, à leur date d'admissibilité respective, au moyen des formulaires fournis par l'assureur ou de formulaires qui répondent à ses exigences.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

Que la participation au régime, en vertu de la police collective, soit obligatoire ou facultative, l'assurance d'un Employé et, s'il y a lieu, celle de ses Personnes à charge, prennent effet à la date d'admissibilité de la personne, si la demande de participation à l'assurance collective est reçue par l'assureur avant ou à cette date, ou dans les 8 mois qui suivent cette date.

Si l'assureur ne reçoit pas la demande de participation à l'assurance collective dans les 8 mois suivant la date d'admissibilité, l'assurance n'entrera pas en vigueur avant la date à laquelle l'assureur reçoit les preuves d'assurabilité et donne Acceptation des preuves d'assurabilité.

Cependant :

a) Si l'Employé n'est pas Effectivement au travail à la date à laquelle son assurance aurait dû prendre effet, l'assurance ne prendra pas effet avant la date ultérieure à laquelle il est de nouveau Effectivement au travail;

b) Si la Personne à charge est Hospitalisée à la date à laquelle son assurance aurait dû prendre effet, l'assurance ne prendra pas effet avant la date ultérieure à laquelle elle n'est plus Hospitalisée (cette clause ne s'applique pas à la garantie d'Assurance vie ni dans le cas d'un nouveau-né).

Tout montant d'assurance en excès du maximum sans preuves d'assurabilité indiqué au Tableau sommaire prend effet à la date à laquelle l'assureur reçoit les preuves d'assurabilité et donne Acceptation des preuves d'assurabilité. Si les preuves d'assurabilité du Participant ne sont pas acceptées par l'assureur, toute augmentation future du maximum sans preuves d'assurabilité ne résultera pas automatiquement en une augmentation de l'assurance du Participant. L'augmentation du maximum sans preuves d'assurabilité résultera uniquement en une augmentation de l'assurance du Participant s'il soumet des

preuves de son assurabilité et si l'assureur donne Acceptation des preuves d'assurabilité.

FIN DE L'ASSURANCE

Participant

L'assurance du Participant en vertu de la police collective se termine automatiquement à la première des dates suivantes :

a) La date de résiliation de la police collective; ou

b) La date à laquelle le Participant prend sa retraite, sauf si indiqué autrement au Tableau sommaire; ou

c) La date à laquelle le Participant atteint l'âge limite indiqué au Tableau sommaire, si un âge limite est indiqué; ou

d) La date à laquelle le Participant n'est plus un Résident à temps plein au Canada; ou

e) La date à laquelle le Participant perd sa Capacité de travailler légalement au Canada; ou

f) La date à laquelle le Participant cesse d'être assuré par le régime d'assurance maladie de sa province; ou

g) La date du décès du Participant; ou

h) La date à laquelle le Titulaire de la police résilie l'assurance du Participant;

i) La date à laquelle le Participant plaide coupable ou est reconnu coupable d'une infraction pour laquelle il est détenu dans un pénitencier, une prison, un établissement correctionnel, un établissement de psychiatrie criminelle ou toute autre institution similaire; ou

j) La date à laquelle le Participant ne répond plus à la définition d'Employé de la police collective.

L'assurance d'un Participant peut être prolongée durant toute période où il n'est plus Effectivement au travail en raison, mais sans s'y limiter, d'une Maladie, d'une blessure, d'une mise à pied temporaire ou d'un

congé autorisé. Le Participant doit communiquer avec le Titulaire pour obtenir des renseignements additionnels.

Personnes à charge

L'assurance d'une Personne à charge se termine d'office 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; ou

b) La date à laquelle la Personne à charge ne répond plus à la définition de Personne à charge de la police collective; ou

c) La date à laquelle la Personne à charge atteint l'âge limite indiqué au Tableau sommaire, si un âge limite y est indiqué; ou

d) La date à laquelle la Personne à charge cesse d'être un Résident à temps plein au Canada; ou

e) La date à laquelle la Personne à charge cesse d'être assurée par le régime d'assurance maladie de sa province de résidence; ou

f) La date à laquelle le Titulaire de la police met fin à l'assurance de la Personne à charge.

Les modalités et conditions ci-dessus sont également applicables en cas de résiliation partielle de l'assurance, pour un Participant ou une Personne à charge, par suite de la résiliation de l'assurance en vertu d'une ou de plusieurs garanties.

AVIS ET PREUVE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

L'avis et la preuve de toute demande de règlement doivent être soumis dans le format exigé par l'assureur. La preuve d'une demande de règlement doit inclure toutes les informations que l'assureur exige et juge nécessaires aux circonstances et à l'étendue de la perte, ou qu'il exige autrement afin de compléter l'évaluation de la demande de règlement. L'assureur ne sera pas tenu responsable d'une demande de règlement qui n'est pas soumise conformément aux modalités et conditions de la police collective.

- **Assurance maladie complémentaire ou Assurance soins dentaires :**

  L'avis et la preuve d'une demande de règlement doivent être soumis à l'assureur dans les 12 mois suivant la date de survenance du sinistre donnant droit à une prestation.

- **Assurance vie :**

  L'avis d'une demande de règlement doit être soumis dans les 30 Jours suivant la date de survenance du sinistre donnant droit à une prestation. La preuve de la demande de règlement doit être soumise dans les 90 Jours suivant la date de survenance du sinistre donnant droit à une prestation.

AVIS ET PREUVE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT DANS LE CAS DE LA FIN DE L'ASSURANCE OU DE LA RÉSILIATION DE LA POLICE

Dans l'éventualité de la résiliation de la police collective ou de la fin de l'assurance du Participant, l'avis et la preuve de demande de règlement, pour toute demande autre qu'une demande d'Assurance maladie complémentaire ou d'Assurance soins dentaires, doivent être soumis à l'assureur dans les 90 Jours suivant la date de la résiliation de la police et, dans l'éventualité de la fin de l'assurance du Participant, dans les 90 Jours suivant la fin de son assurance.

L'avis et la preuve d'une demande de règlement d'Assurance maladie complémentaire et d'Assurance soins dentaires doivent être soumis dans les 90 Jours suivant la date de la résiliation de la police et, dans l'éventualité de la fin de l'assurance du Participant, dans les 12 mois suivant la date de la survenance du sinistre donnant droit à une prestation.

DEMANDES FRAUDULEUSES DE RÈGLEMENT

L'assureur entreprendra toutes les actions nécessaires pour détecter et enquêter les demandes de règlement d'assurance collective frauduleuses.

Soumettre une demande de règlement qui contient de l'information erronée, incomplète ou trompeuse est considéré comme un crime lorsque le Participant soumet cette demande consciemment et avec l'intention de frauder l'assureur et la police d'assurance collective.

L'assureur se réserve le droit de vérifier les demandes de règlement à toute étape pour fraude ou fausse déclaration, même après qu'un paiement ait été émis.

Si l'assureur détermine qu'un Participant ou une Personne à charge a soumis une demande de règlement qui contient des renseignements faux ou trompeurs, l'assureur aura 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, nonobstant toute autre disposition de la police collective, l'assureur aura le droit de mettre fin à l'assurance du Participant en vertu de la police collective, y compris toute assurance des Personnes à charge du Participant, et aura le droit de poursuivre en justice le Participant et/ou la Personne à charge conformément aux lois provinciales ou fédérales.

PROCESSUS D'APPEL

Dans le cas où l'assureur a pris la décision de refuser ou de mettre fin à une demande de règlement ou d'assurance en vertu de la police collective, ce refus ou cette fin de demande de règlement ou d'assurance peut être appelé, en autant que ce droit d'appel est exercé dans les 60 Jours de la date de la lettre initiale de refus ou de fin de demande de règlement ou d'assurance.

L'appel doit être fait par écrit et doit mentionner les fondements de l'appel, toute information nouvelle qui supporte l'appel et toute autre information qui pourrait être exigée par l'assureur.

DÉPENSES

Sauf si expressément prévu autrement dans la police collective, le Participant est le seul responsable des dépenses et coûts liés directement ou indirectement à la soumission d'une demande de règlement, d'une preuve d'une demande de règlement, de toute forme d'appel ou de toute autre obligation que le Participant a en vertu de la police collective, y compris mais sans se limiter à la soumission de toute demande de règlement ou appel, ou à la réquisition de tout rapport médical, dossier clinique, résultat de test ou de tout autre information.

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 Assurance décès et mutilation accidentels du Participant, la garantie Assurance vie facultative du Participant et la garantie 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 la 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 la 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.

DROIT D'EXAMEN DE DOSSIER ET D'ENQUÊTE DE L'ASSUREUR

L'assureur, à ses propres frais et sa seule discrétion, aura droit, au moment et le nombre de fois qu'il le juge nécessaire, de :

a) Exiger tout examen médical, psychiatrique, physiologique, fonctionnel, professionnel ou tout autre examen d'un Participant ou de toute Personne assurée pour qui une demande de règlement a été soumise. L'assureur peut désigner, à sa seule discrétion, un Médecin, un Spécialiste, un fournisseur de soins de santé ou tout autre examinateur pour cet examen. Le Participant ou la Personne à charge interrogé doit se conformer aux modalités et conditions d'un examen qui sont requis par un tel examinateur; et

b) Exiger une autopsie, lorsque ce n'est pas interdit par la loi.

L'assureur se réserve le droit d'obtenir les notes et dossiers cliniques ou tout autre rapport de tout Médecin ou Spécialiste, y compris mais sans s'y limiter, d'un psychologue, d'un psychiatre, d'un fournisseur de soins de santé ou de tout autre examinateur qui a traité, examiné ou évalué un Participant qui a soumis une demande de règlement ou une Personne assurée pour qui une demande a été soumise. Le Participant ou la Personne assurée doivent coopérer pleinement avec l'assureur pour l'obtention de tout dossier ou rapport.

L'assureur, à ses frais et à sa seule discrétion, aura droit de procéder à toute enquête ou à tout interrogatoire sous serment d'un Participant ayant soumis une demande de règlement ou de toute personne pour laquelle une demande de règlement a été soumise, qu'une poursuite ait été intentée par cette personne ou par le Participant, ou non.

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 :

a) Toute perte passée, présente ou future de salaire, rémunération ou Revenu; et

b) Toute autre prestation payable ou payée en vertu de la police collective.

Le Participant ou la Personne à charge devra rembourser à l'assureur toute somme jusqu'à concurrence des prestations payées ou payables dans le futur 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 qu'aucune répartition n'a été prévue dans le règlement quant aux prestations payées ou payables par l'assureur, l'assureur se fera rembourser, à même les dommages-intérêts obtenus, le plein montant de toute prestation qui a été payée au Participant ou à la Personne à charge. L'assureur a également le droit de se faire rembourser un montant, déterminé par l'assureur, qui reflète raisonnablement la valeur des prestations futures 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.

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 qui reflète raisonnablement, tel que déterminé par l'assureur, le montant total ou la valeur des prestations futures 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 brut 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, ou d'exercer tout autre droit ou recours qu'il pourrait avoir en vertu de la police collective ou en vertu de la loi.

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 ou de la loi.

SOMMES PAYÉES EN TROP

Si l'assureur détermine que des prestations ont été payées en trop, le Participant ou toute autre personne à qui ces prestations ont été payées en trop, est tenu de rembourser l'assureur immédiatement et en totalité, dès que l'assureur requiert un tel remboursement.

Dans le cas où les sommes payées en trop ne sont pas remboursées l'assureur aura droit, à sa seule discrétion et en plus de tout autre recours légal à sa disposition, de recouvrer ces sommes payées en trop en exerçant l'un des droits suivants :

a) Réduire à zéro toute prestation d'assurance invalidité payable au Participant en vertu de la police collective jusqu'à ce que les sommes payées en trop soient entièrement recouvrées; et

b) Réduire toute prestation d'assurance vie ou toute autre prestation payable en vertu de la police collective, qu'elle soit payable au Participant, sa succession, ses Personnes à charge, ses survivants admissibles ou ses bénéficiaires, jusqu'à 100 % du montant dû des sommes payées en trop.

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 modalités et conditions de la police collective.

Toute action ou procédure contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables en vertu de la police collective 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 DU PARTICIPANT

Si le Participant décède alors qu'il est assuré par la présente garantie, l'assureur s'engage à verser au bénéficiaire le capital assuré indiqué au Tableau sommaire, sous réserve de toutes les modalités et conditions de cette garantie et de la police collective.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Invalidité totale et Totalement invalide signifie qu'en raison d'une Maladie ou d'un Accident, le Participant est incapable d'exercer de façon continue toutes les tâches essentielles de son Propre emploi, le tout tel que déterminé par l'assureur.

Si un Participant exerce une occupation, un emploi, ou toute autre activité générant une compensation ou un profit, il sera réputé ne plus être Totalement invalide.

Les éléments suivants ne seront pas considérés par l'assureur pour déterminer l'Invalidité totale du Participant :

a) La disponibilité de son Propre emploi; et

b) La perte, la révocation, le retrait ou le non-renouvellement d'une licence, d'un permis ou de tout autre certification, professionnels ou de travail, requis pour exercer son Propre emploi.

Propre emploi signifie l'emploi que le Participant exerçait de façon régulière pour son propre Employeur immédiatement avant la date de l'Invalidité totale.

DROIT DE TRANSFORMATION

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

a) Son emploi; ou

b) Son appartenance au groupe; ou

c) Sa police collective et qui n'a cessé d'être assuré par une garantie d'assurance vie offerte par le Titulaire de la police 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; ou

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 vie 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 et de toute autre police d'assurance collective établie par l'assureur et n'excédera pas le moindre :

a) Du montant choisi par le Participant; ou

b) Du montant pour lequel le Participant était assuré immédiatement avant la fin de son assurance; ou

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; ou

d) 200 000 $ (400 000 $ pour les Participants qui résident dans la province de Québec).

La police d'assurance vie 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 vie 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 vie, l'assureur paie un montant égal au montant d'assurance vie qui aurait pu être transformé, peu importe que le Participant ait ou non demandé de transformer son assurance vie en une police individuelle.

EXONÉRATION DES PRIMES

a) Un Participant qui devient Totalement invalide est admissible à l'exonération du paiement des primes en vertu de la présente garantie, s'il répond à chacune des conditions suivantes :

   i) Le Participant est âgé de moins de 65 ans à la date du début de son Invalidité totale; et

   ii) Le Participant est devenu Totalement invalide selon la définition de la présente garantie, avant toute cessation de son emploi et alors qu'il était assuré en vertu de la présente garantie; et

   iii) Le Participant est Totalement invalide de façon continue depuis au moins 12 mois; et

   iv) La preuve de son Invalidité totale, jugée satisfaisante par l'assureur, a été soumise à l'assureur dans les 12 mois du début de l'Invalidité totale.

b) Le montant d'assurance auquel l'exonération du paiement de la prime s'applique sera celui qui était en vigueur sur la vie du Participant à la date du début de l'Invalidité totale; ce montant sera assujetti à toutes réductions et cessation indiquées au Tableau sommaire, en vertu de la présente garantie ou aux Conditions générales de la police collective, et qui auraient été applicables au Participant s'il avait été Effectivement au travail.

c) L'exonération des primes du Participant débute le Jour suivant une période d'Invalidité totale continue de 12 mois.

d) Le Participant dont les primes sont exonérées en vertu de cette disposition doit soumettre à l'assureur des preuves de son Invalidité totale aussi souvent que l'assureur peut raisonnablement l'exiger.

e) L'exonération des primes d'un Participant cessera à la première des dates suivantes :

i) La date à laquelle le Participant cesse d'être Totalement invalide; ou

ii) La date à laquelle le Participant omet de se soumettre à un examen conformément aux termes et conditions de la police collective, lorsqu'exigé par l'assureur; ou

iii) La date à laquelle le Participant prend sa retraite ou atteint l'âge normal de la retraite aux termes du régime de retraite de l'Employeur, mais sans jamais dépasser l'âge de 65 ans; ou

iv) La date à laquelle le Participant atteint l'âge de cessation indiqué au Tableau sommaire relativement à la garantie d'assurance vie, le cas échéant; ou

v) La date à laquelle le Participant omet de soumettre une preuve d'Invalidité totale demandée par l'assureur; ou

vi) La date à laquelle le Participant plaide coupable ou est reconnu coupable d'une infraction pour laquelle il est détenu dans un pénitencier, une prison, un établissement correctionnel, un établissement de psychiatrie criminelle ou toute autre institution similaire; ou

vii) La date à laquelle le Participant refuse de participer ou de coopérer de façon active ou continue à un Programme de réadaptation, lorsqu'exigé par l'assureur.

f) Si, à la date à laquelle l'exonération des primes prend fin pour le Participant, ce dernier n'est pas admissible à être assuré en vertu de la garantie d'Assurance vie du Participant, il pourra exercer son Droit de transformation conformément à la présente garantie.

RÉDUCTIONS

Le capital assuré est réduit tel que spécifié au Tableau sommaire. Le capital assuré est également assujetti à toutes réductions applicables indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

CESSATION

L'assurance en vertu de la présente garantie se termine telle qu'indiquée au Tableau sommaire, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

PRESTATION DE DÉCÈS ANTICIPÉE

OBJET DE LA GARANTIE

Moyennant une demande par le Participant et sur réception par l'assureur d'une preuve en bonne et due forme que le Participant est atteint d'une Maladie en phase terminale, l'assureur paiera une prestation de décès anticipée au Participant pourvu que ledit Participant satisfasse aux conditions indiquées ci-dessous. Le montant de ladite prestation de décès anticipée sera déterminé conformément au Tableau sommaire.

Comme il est stipulé dans la présente garantie, le terme «Maladie en phase terminale» signifie une blessure ou une Maladie devant entraîner la mort dans les 24 mois qui suivent et pour laquelle il n'existe aucune possibilité raisonnable de guérison tel que déterminé par l'assureur.

CONDITIONS

L'octroi de toute prestation de décès anticipée est assujetti aux conditions suivantes, à moins que l'assureur et le titulaire de la police n'en conviennent différemment.

a) Le Participant doit fournir tous les renseignements médicaux exigés par l'assureur afin de permettre à l'assureur de déterminer si le Participant souffre d'une Maladie en phase terminale, tel que défini en vertu de la présente garantie.

b) Le Participant devra signer l'Accord de prestation anticipée avant que ladite prestation ne soit payée.

c) Le montant de la garantie d'assurance vie du participant en vertu de la police collective sera réduit du montant payé en vertu de ladite prestation et de tout intérêt couru en vertu dudit montant pouvant être demandé par l'assureur.

EXCLUSION

Aucun montant ne sera payable en vertu de la présente garantie si l'intégralité ou une portion de l'assurance vie du participant en vertu de la police collective doit être payée à son ex-conjoint dans le cadre d'un accord de divorce.

PRESTATION DE DÉCÈS ANTICIPÉE

RÉDUCTIONS

Le capital assuré est réduit tel que spécifié au Tableau sommaire. Le capital assuré est également assujetti à toutes réductions applicables indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

CESSATION

L'assurance en vertu de la présente garantie se termine telle qu'indiquée au Tableau sommaire, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Addendum à l'Assurance maladie complémentaire applicable aux résidents du Québec seulement

L'assureur s'engage à rembourser les frais relatifs aux médicaments sur ordonnance, énumérés dans la liste du Régime général d'assurance médicaments du Québec, pour chaque Personne assurée résidant au Québec et inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec (ci-après appelée la Régie), sans égard à l'état de santé de la Personne assurée.

L'assurance en vertu de la présente garantie est obligatoire pour tout Participant et ses Personnes à charge couvertes par la police collective, sous réserve des dispositions de la *Loi sur l'assurance médicaments.*

L'assurance offerte dans la présente garantie est conforme aux dispositions pertinentes de la *Loi sur l'assurance médicaments* et du Tableau sommaire.

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 addendum et de la police collective.

Si une disposition de l'Assurance maladie complémentaire est, en partie ou complètement, contraire à la *Loi sur l'assurance médicaments,* cette disposition ou la partie qui est réputée contraire sera présumée être amendée pour être conforme aux exigences minimales de la *Loi sur l'assurance médicaments.*

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans le présent addendum :

Franchise : La Franchise est la part du coût des frais couverts qui doit être défrayée par la Personne assurée. Le montant de la Franchise exigible, le cas échéant, est indiqué au Tableau sommaire.

Remboursement : Le Remboursement représente le pourcentage des frais couverts engagés qui est remboursé par l'assureur après avoir été déduit de la Franchise. Ce pourcentage est indiqué au Tableau sommaire.

Coassurance : La Coassurance est la proportion du coût des frais couverts qui doit être défrayée par la Personne assurée, jusqu'à concurrence de la Contribution maximale.

Contribution maximale : La Contribution maximale est le montant total assumé par la Personne assurée au-delà duquel le coût des frais couverts exigibles selon la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec est assumé par l'assureur à 100 %.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES POUR LES PERSONNES ASSURÉES DE 65 ANS ET PLUS

Le choix d'une Personne assurée de s'assurer auprès de la Régie par l'entremise du Régime général d'assurance médicaments du Québec est irrévocable.

Dans la police collective, les Participants de 65 ans et plus seront présumés être couverts par la Régie en vertu du Régime général d'assurance médicaments du Québec. De plus, les Personnes à charge d'un Participant de 65 ans ou plus seront présumées être couvertes par la Régie en vertu du Régime général d'assurance médicaments du Québec, quel que soit leur âge. Toutefois, les Personnes à charge âgées de 65 ans et plus d'un Participant âgé de moins de 65 ans seront présumées être couvertes par l'assureur en vertu de la présente garantie.

Par ailleurs, l'assureur se réserve le droit de modifier les taux de la présente garantie pour toute Personne assurée de 65 ans et plus qui est admissible à l'assurance en vertu de la police collective et qui a choisi de s'assurer en vertu de la présente garantie.

Nonobstant toute autre disposition à l'effet contraire contenue dans la police collective, cette garantie ne prévoit aucune cessation en raison de l'âge du Participant.

FRAIS COUVERTS

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

a) Les services d'exécution ou de renouvellement d'une ordonnance fournis par un pharmacien pour un médicament inclus dans la liste de la Régie ou déterminé par les règlements gouvernementaux;

b) Les médicaments inclus dans la liste de la Régie et qui sont fournis par un pharmacien sur ordonnance d'un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à prescrire des médicaments;

c) Tout médicament déterminé par les règlements gouvernementaux, lorsque prescrit en raison des états et des indications thérapeutiques indiqués dans les règlements.

Cette garantie ne couvre pas le coût des services pharmaceutiques et des médicaments qu'une Personne assurée peut obtenir et auxquels elle a droit en vertu de toute loi, autre que la *Loi sur l'assurance médicaments*, ou de tout autre régime gouvernemental.

Restrictions des quantités 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.

RÉDUCTIONS

Les frais couverts par la présente garantie sont limités aux frais raisonnables et courants normalement engagés pour des frais identiques, couverts et facturés au Québec. Ces frais raisonnables et courants sont établis par l'assureur et peuvent être révisés au besoin.

EXCLUSIONS

Aucune, sauf si prévue par la *Loi sur l'assurance médicaments* ou l'un de ses règlements.

COORDINATION DES PRESTATIONS

La Coordination des prestations se fera telle que prévue à la disposition Coordination des prestations de la garantie Assurance maladie complémentaire.

CESSATION

L'assurance en vertu de la présente garantie se termine telle qu'indiquée au Tableau sommaire, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

Y compris les Médicaments prescrits pour les résidents des provinces hors Québec

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 de toutes les modalités et conditions de cette garantie et de la police collective.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

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.

Dentiste généraliste : Un dentiste licencié qui exerce sans spécialité à l'intérieur de sa profession.

Franchise : La Franchise est la part du coût des frais couverts qui doit être défrayée par la Personne assurée. Le montant de la Franchise exigible, le cas échéant, est indiqué au Tableau sommaire.

Hospitalisation et Hospitalisé : L'occupation d'une chambre d'Hôpital à titre de patient alité admis, pour laquelle des frais de chambre et d'hébergement ont été facturés en lien avec l'Hospitalisation. La Chirurgie d'un jour est considérée comme une période d'Hospitalisation.

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.

Médicalement requis : Généralement accepté et reconnu par la profession médicale canadienne, ou la profession dentaire canadienne, s'il y a lieu,

comme étant efficace, approprié et indispensable comme traitement d'une Maladie ou d'une blessure, y compris les blessures résultant d'un Accident conformément aux normes médicales canadiennes, ou aux normes dentaires canadiennes, s'il y a lieu.

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

Remboursement : Le Remboursement représente le pourcentage des frais couverts engagés qui est remboursé par l'assureur après avoir été déduit de la Franchise. Ce pourcentage est indiqué au Tableau sommaire.

Urgence médicale : Un évènement 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 de la Personne assurée 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 occupe une chambre d'Hôpital à titre de patient alité admis; et

b) Le type d'hébergement ait été demandé de manière spécifique par la Personne assurée; et

c) La Personne assurée ait été Hospitalisée pour des soins ponctuels et non pour des soins chroniques ou pour des soins liés à une convalescence.

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

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

médicale qui survient alors que la Personne assurée était hors de sa province de résidence, à condition que :

a) La Personne assurée soit assurée en vertu de l'Assurance maladie complémentaire au moment où l'Urgence médicale survient; et

b) L'Urgence médicale est survenue au cours des premiers 180 Jours de l'absence de la Personne assurée de sa province de résidence.

Par contre, si l'absence est due au fait que la Personne assurée fréquente à temps plein une institution d'enseignement agréée, l'Urgence médicale survienne durant l'année scolaire au cours de laquelle la Personne assurée était inscrite à une institution d'enseignement; et

c) 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

d) 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.

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 la disposition 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 services d'imagerie médicale et 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.

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 restriction 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

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

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

a) L'état de santé;

b) Un traitement médical, un examen, une consultation ou une Hospitalisation;

c) L'augmentation ou la détérioration de tout symptôme ou de tout problème de santé;

d) Un changement de médication ou de traitement médical;

e) Un traitement médical ou un examen médical prévu, ou pour lequel des résultats sont en attente, pour tout symptôme ou tout problème de santé;

dans une période de 90 Jours précédant cette absence.

FRAIS 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) Les 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 Médicalement requis;

   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 possède aucun lien de parenté avec la Personne assurée et ne demeure 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;

c) Les médicaments (y compris les vaccins de nature préventive et les produits anesthésiants) 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 la disposition Exclusions et réductions de la présente garantie.

Les médicaments prescrits par la loi 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 garantie Assurance médicaments Québec.

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 pré-autorisés 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 police collective ou un changement significatif en général dans le risque pour l'assureur.

d) Frais de séjour dans un établissement de soins de santé autorisé à fournir des soins de réadaptation ou de convalescence pourvu que :

   i) La Personne assurée soit sous la supervision régulière d'un Médecin ou d'un infirmier autorisé; et

   ii) Le séjour ait été recommandé par un Médecin; et

   iii) Le séjour commence dans les 14 Jours suivant la fin d'une période d'Hospitalisation; et

   iv) Le séjour ait pour but la réadaptation ou la convalescence.

   Toutefois, les frais de séjour pour des soins de réadaptation ou de convalescence en raison d'abus de drogue ou d'alcool ou de dépendance à ces substances ne sont pas remboursés;

e) Frais pour les examens de laboratoire (y compris les tests prénataux), l'imagerie par résonance magnétique et les autres services d'imagerie médicale à des fins de diagnostic, autres que les frais de radiographies d'un praticien de soins paramédicaux, pourvu que :

   i) La couverture de ces examens et services ne soit pas interdite par une législation provinciale;

   ii) Les examens et services soient effectués dans un établissement autorisé à effectuer de tels examens et services; et

   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;

g) Frais de radiographies faites par un praticien de soins paramédicaux, s'il est fait mention que ces frais sont couverts au Tableau sommaire;

h) Frais pour la location ou, au choix de l'assureur, pour l'achat de l'équipement et du matériel médical suivants, à condition qu'ils soient prescrits par un Médecin :

i) Tente à oxygène et fournitures pour l'administration d'oxygène;

ii) Appareil d'aérosolthérapie, tente d'inhalation, nébuliseurs pour la fibrose kystique, l'emphysème aigu, une bronchite obstructive chronique ou l'asthme chronique;

iii) Prothèses oculaires, y compris les réparations et les remplacements;

iv) Prothèses artificielles, y compris les réparations et les remplacements, mais à l'exclusion des prothèses myoélectriques et électriques;

v) 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;

vi) 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;

vii) Moniteurs d'apnée pour les dysrythmies respiratoires;

viii) Appareils de contrôle et d'administration 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;

ix) Neurostimulateur percutané ou transcutané;

x) Respirateur médical à pression positive intermittente;

xi) Prothèses mammaires;

xii) Bas élastiques médicaux prescrits pour le traitement des varices ou requis en raison de brûlures graves ou d'une intervention chirurgicale;

xiii) Chaussures orthopédiques déterminées Médicalement requises par un professionnel de la santé qui exerce dans les limites définies par l'organisme de réglementation provincial approprié et qui ont été fabriquées sur mesure, personnalisées ou moulées sur commande pour la Personne assurée par un spécialiste diplômé dans le domaine de la fabrication de chaussures orthopédiques. Les chaussures orthopédiques vendues dans les commerces qui n'ont pas été personnalisées, modifiées ou moulées pour la Personne assurée ne sont pas couvertes;

xiv) Orthèses du pied déterminées Médicalement requises 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;

xv) Chaussures profondes préfabriquées et conçues de façon à recevoir le pied et une orthèse;

xvi) Supports plantaires;

xvii) Stérilets;

xviii) Lentilles intraoculaires à la suite d'une intervention chirurgicale pour des cataractes;

xix) Appareils orthopédiques avec soutien rigide; soutiens dorsaux; harnais d'épaule; licous et collets cervicaux;

xx) Attelles, autres que des attelles dentaires, et plâtres;

xxi) Cannes, béquilles et cadres de marche;

xxii) Bandes herniaires;

xxiii) Prothèses capillaires requises à la suite d'une chimiothérapie;

xxiv) Injections sclérosantes;

xxv) Appareil et matériel pour une colostomie ou une iléostomie;

xxvi) Cathéters;

xxvii) Pompes à drainage thoracique;

xxviii) Fournitures de gavage;

xxix) Lunettes pour psoriasis;

xxx) Vêtements pour grands brûlés;

xxxi) Pansements médicamenteux;

xxxii) Fournitures pour paraplégiques, tétraplégiques ou quadriplégiques.

i) Les soins dentaires donnés hors de l'Hôpital par un Dentiste généraliste et rendus nécessaires par suite d'un Accident aux dents naturelles, saines et entières, à condition que :

i) L'Accident soit survenu 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 Dentistes généralistes dans la province de résidence du Participant; et

iv) Les soins soient reçus au cours des 12 mois qui suivent la date de l'Accident.

Tous les frais dentaires qui ne sont pas directement liés à l'Accident ne seront pas couverts;

j) Les frais 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) Les frais engagés dans un établissement où l'on traite la toxicomanie et l'alcoolisme (y compris les coûts d'hébergement et des soins infirmiers) pourvu que :

i) La Personne assurée soit traitée pour toxicomanie ou alcoolisme dans l'établissement;

ii) L'établissement soit autorisé légalement à fournir des soins et des traitements sur une base régulière à ceux qui sont aux prises avec des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme et que l'établissement soit géré conformément aux lois du territoire où il est situé; et

iii) L'assureur ait approuvé l'établissement avant que les frais ne soient engagés.

l) Les frais d'examens de la vue faits par un ophtalmologiste ou un optométriste;

m) Les frais pour des lunettes (y compris les lunettes de soleil et de sécurité), des lentilles cornéennes ou pour une chirurgie correctrice au laser, lorsque prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste;

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

La présente garantie ne couvre pas les frais suivants :

a) Payables ou remboursables en vertu d'une loi sur les Accidents du travail ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été présentée;

b) Pour une blessure ou une Maladie ou tous frais résultant, directement ou indirectement, de toute blessure que la Personne assurée s'inflige, sauf si les preuves médicales démontrent que la blessure est directement liée à un problème de santé mentale;

c) Pour une blessure ou une Maladie résultant, directement ou indirectement, d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou d'une émeute;

d) Pour une blessure, une Maladie ou tous frais résultant, directement ou indirectement, de la perpétration d'une infraction en vertu de tout code criminel ou loi similaire dans toute juridiction si la Personne assurée a été inculpée ou déclarée coupable;

e) Pour tout traitement ou appareil visant à corriger la dimension verticale, ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;

f) Pour tous les soins ou traitements qui ne sont pas Médicalement requis, 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;

g) 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;

h) 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;

i) Pour la partie des frais en excédent des frais raisonnables et courants normalement engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une blessure ou une Maladie de même nature et de gravité équivalente;

j) 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;

k) Pour tout voyage de santé ou cure de repos;

l) Pour l'examen des yeux, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;

m) Pour les lunettes et les lentilles cornéennes, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;

n) Pour tous les soins ou traitements reliés à la fertilité ou l'infertilité, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;

o) Pour l'achat ou la location de tout appareil de confort, de massage et d'accessoires domestiques qui ne sont pas requis exclusivement pour un usage médical;

p) Pour l'achat de services ou de fournitures ayant pour seul objet de faciliter la participation de la Personne assurée dans des sports ou la mise en forme ou l’entraînement (sauf si expressément indiqué comme étant couvert en vertu de la présente garantie) ou des activités de loisirs, et non pour des activités quotidiennes;

q) Pour tous les soins et traitements (y compris la lutte contre la dépendance) pour des états tels que l'obésité, le tabagisme, la toxicomanie et l'alcoolisme, sans toutefois s'y limiter et sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;

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, à moins qu'ils ne puissent être obtenus que sur l'ordonnance d'un fournisseur de soins de santé qui est légalement autorisé à les prescrire et devant être délivrés par un pharmacien :

- produits pour l'entretien des lentilles cornéennes;
- protéines ou suppléments diététiques, acides aminés;
- aliments pour bébés;
- rince-bouches, pansements et pastilles;
- shampooings, huiles, crèmes;
- 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;
- stéroïdes anabolisants;

u) 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, sans toutefois s'y limiter et sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;

v) 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;

w) 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;

x) 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, le faux travail, l'accouchement ou les complications en résultant, si l'Urgence médicale survient après la 32e semaine de grossesse ou (ii) au déclenchement volontaire d'un avortement;

y) Pour tous les soins ou traitements prodigués 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-paragraphes 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 par la Personne assurée en vertu d'un tel régime ou (ii) par une tierce partie en raison d'une poursuite ou d'un règlement.

CALCUL DU REMBOURSEMENT

Franchise

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

Report de la Franchise

Si la Franchise a été acquittée en tout ou en partie par le paiement des 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 de :

i) Tout régime d'assurance collective, individuelle ou familiale, d'assurance voyage, d'assurance des débiteurs ou des épargnants; et

ii) Tout régime pris en charge par l'État; et

iii) Tout régime d'avantages sociaux non assuré.

PRESTATION DE SURVIVANT

Si le Participant décède tandis qu'il est assuré par la présente garantie ou avant toute prolongation de l'assurance telle que prévue à la disposition Prolongation des prestations, l'assurance en vertu de cette garantie sera maintenue pour ses Personnes à charge qui étaient assurées par la présente garantie au moment du décès, sans paiement de primes, jusqu'à la première des dates suivantes :

a) 24 mois après le décès du Participant; ou

b) La date à laquelle l'assurance des Personnes à charge aurait pris fin si le Participant avait été vivant; ou

c) La date de résiliation de la garantie.

PROLONGATION DES PRESTATIONS

Si à la date à laquelle l'assurance d'une Personne assurée en vertu de la présente garantie se termine et que la Personne assurée est Invalide, une prestation sera payable pour les frais de soins médicaux couverts qui sont directement liés à l'invalidité, à condition que :

a) Les frais soient engagés dans les 90 Jours suivant la date à laquelle l'assurance a été interrompue; et

b) Cette garantie soit en vigueur lorsque les frais sont engagés.

Tel que stipulé dans la présente disposition, Invalide et Invalidité signifient :

a) En ce qui concerne un Participant, son incapacité totale, en raison d'une Maladie ou d'une blessure, d'effectuer tout travail pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de sa scolarité, de sa formation ou de son expérience; et

b) En ce qui concerne une Personne à charge, que cette Personne à charge est Hospitalisée ou reçoit un traitement donné par un Médecin

en raison d'un handicap physique ou mental pouvant être déterminé du point de vue médical.

DROIT DE TRANSFORMATION

Le Participant dont l'assurance en vertu de cette police est résiliée en raison de la fin 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.

EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsqu'un Participant est exonéré du paiement de ses primes en vertu de l'article Exonération des primes de la garantie d'Assurance vie du participant, il est aussi admissible à l'exonération du paiement des primes relatives à la présente garantie sous réserve des mêmes conditions.

Toutefois, l'exonération des primes cessera à la première des dates suivantes :

a) La date à laquelle cesse l'exonération des primes de la garantie d'Assurance vie du participant;

b) La date à laquelle le Participant cesse d'être à l'emploi de l'Employeur selon la date indiquée sur le relevé d'emploi; ou

c) La date à laquelle la présente garantie ou la police collective est résiliée.

CESSATION

L'assurance en vertu de la présente garantie se termine telle qu'indiquée au Tableau sommaire, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

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

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 assurée par la garantie Assurance maladie complémentaire au moment où survient l'Urgence médicale ou l'urgence personnelle; et

b) L'Urgence médicale ou l'urgence personnelle survienne au cours des premiers 180 Jours de l'absence de la Personne assurée de sa province de résidence.

   Par contre, si l'absence est due au fait que la Personne assurée fréquente à temps plein une institution d'enseignement agréée, l'Urgence médicale ou l'urgence personnelle survienne durant l'année scolaire au cours de laquelle la Personne assurée était inscrite à une institution d'enseignement; et

c) 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

d) 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; et

e) En cas d'Urgence médicale, l'urgence soit couverte en vertu de la disposition Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de la garantie Assurance maladie complémentaire.

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.

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

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

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.

Hospitalisation et Hospitalisé signifie l'occupation d'une chambre d'Hôpital à titre de patient alité admis, pour laquelle des frais de chambre et d'hébergement ont été facturés relativement au confinement. La Chirurgie d'un jour est considérée comme une période d'Hospitalisation.

Famille immédiate : Le Conjoint, le père, la mère, un Enfant, un frère ou une sœur de la Personne assurée.

SERVICES D'ASSISTANCE MÉDICALE

Les services médicaux suivants sont disponibles en cas d'Urgence médicale :

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 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 l'assurance 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.
- 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 la disposition 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 3 000 $. 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 touriste des Enfants accompagnés, au besoin, à leur 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.

g) Retour d'une Personne assurée ou d'un membre de la Famille immédiate

- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise le rapatriement de la Personne assurée ou de tout membre de la Famille immédiate 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

- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise et règle le transport aller-retour en classe touriste d'un membre de la Famille immédiate 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 l'accompagnant ou par un membre de la Famille immédiate lors d'une visite, dans les circonstances définies au paragraphe h) sont remboursables, jusqu'à concurrence d'un maximum quotidien de 150 $ par personne et d'un Remboursement global de 1 500 $.

  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 que le médicament ne soit couvert en vertu de l'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.

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 ET RÉDUCTIONS

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

RESPONSABILITÉ

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

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

REMBOURSEMENT

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

Si une avance de fonds est fournie pour couvrir des frais engagés ou défrayés et que (i) ces frais ne constituent pas une dépense couverte en vertu de la disposition Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de l'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 la police collective en fonction du montant dû.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

L'assureur s'engage à rembourser les frais de la Personne assurée pour les soins dentaires engagés alors que la Personne assurée était couverte par la présente garantie, sous réserve de toutes les modalités et conditions de cette garantie et de la police collective.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Dentiste généraliste : Un dentiste licencié qui exerce sans spécialité à l'intérieur de sa profession.

Dentiste spécialiste : Une personne spécialisée dans une des branches de la médecine dentaire et légalement licenciée par l'organisme provincial responsable.

Denturologiste : Une personne dûment autorisée par l'organisme provincial responsable à vendre et ajuster des prothèses dentaires.

Frais engagés : Les frais qui correspondent à un acte professionnel déjà posé. Les frais ne sont considérés comme étant engagés qu'une fois le traitement effectué, même si un Programme de traitement a été soumis à l'assureur et approuvé par ce dernier.

Dans le cas de prothèses dentaires, les frais ne sont considérés comme étant engagés qu'une fois la mise en place effectuée.

Franchise : La Franchise est la part du coût des frais couverts qui doit être défrayée par la Personne assurée. Le montant de la Franchise exigible, le cas échéant, est indiqué au Tableau sommaire

Hygiéniste dentaire : Une personne dûment autorisée par l'organisme provincial responsable à travailler à titre de praticien spécialisé dans le nettoyage des dents et qui renseigne le patient sur les soins d'hygiène nécessaires à une bonne santé buccodentaire.

Médicalement requis : Généralement accepté et reconnu par la profession médicale canadienne, ou la profession dentaire canadienne, s'il y a lieu, comme étant efficace, approprié et indispensable comme traitement d'une Maladie ou d'une blessure, y compris les blessures résultant d'un Accident, conformément aux normes médicales canadiennes, ou aux normes dentaires canadiennes, s'il y a lieu.

Remboursement : Le Remboursement représente le pourcentage des Frais engagés qui est remboursé par l'assureur après avoir été déduit de la Franchise. Ce pourcentage est indiqué au Tableau sommaire.

FRAIS DENTAIRES

Seuls les frais ci-dessous, s'il en est fait mention au Tableau sommaire et si les soins sont donnés par un Dentiste généraliste, ou recommandés par un Dentiste généraliste et donnés par un Dentiste spécialiste ou donnés par un Hygiéniste dentaire, sont considérés comme étant des «frais admissibles».

Soins préventifs (les frais reliés aux implants sont couverts seulement en vertu de la rubrique Implants de la section Soins majeurs, si cette garantie est incluse)

a) Examens et diagnostics
   - i) Examen buccal complet : un tous les 2 ans
   - ii) Examen de rappel : un tous les 9 mois
   - iii) Examen buccal d'urgence
   - iv) Examen d'un aspect particulier

b) Radiographies
   - i) Intra-orales – périapicales : une série complète tous les 2 ans
   - ii) Intra-orales – occlusales
   - iii) Intra-orales – interproximales
   - iv) Extra-orales

v) Sialographies

vi) Pellicule panoramique : une tous les 2 ans

vii) Substances radiopaques

c) Tests et examens de laboratoire

i) Culture microbiologique

ii) Biopsie des tissus buccaux mous

iii) Biopsie des tissus buccaux durs

iv) Examen cytologique

v) Test de vitalité

vi) Test de susceptibilité à la carie

d) Services préventifs

Pour les Personnes assurées résidant au Québec

i) Polissage de la partie coronaire des dents (prophylaxie) : un par période de 9 mois

ii) Application topique de fluorure

iii) Instruction initiale d'hygiène buccale

Pour les Personnes assurées résidant à l'extérieur du Québec

i) Polissage de la partie coronaire des dents (prophylaxie) : une unité par période de 9 mois

ii) Détartrage de la partie coronaire des dents : une unité par période de 9 mois

Si des services de parodontie sont fournis en vertu de cette garantie, tout autre détartrage sera combiné au surfaçage radiculaire de la section Parodontie.

iii) Application topique de fluorure

iv) Instruction initiale d'hygiène buccale

e) Les mainteneurs d'espace, autres que les couronnes en acier inoxydable, pour les personnes âgées de moins de 18 ans. L'entretien d'un appareil de maintien est limité à 2 par période de 12 mois.

Si des frais de laboratoire s'appliquent à l'un des procédés des soins préventifs, ces frais sont limités à 50 % des honoraires établis pour ce procédé.

Soins de base (les frais reliés aux implants sont couverts seulement en vertu de la rubrique Implants de la section Soins majeurs, si cette garantie est incluse)

a) Services de base
   - i) Finition des obturations
   - ii) Scellant de puits et fissures
   - iii) Contrôle de la carie
   - iv) Meulage interproximal des dents
   - v) Odontotomie prophylactique

b) Restaurations
   - i) Restauration en amalgame
   - ii) Restauration en composite

c) Endodontie
   - i) Coiffage de pulpe
   - ii) Pulpotomie (à l'exception de la restauration finale)
   - iii) Pulpotomie d'urgence
   - iv) Traumatisme endodontique
   - v) Traitement de canal
   - vi) Chirurgie endodontique
   - vii) Apexification

d) Parodontie

i) Chirurgie parodontale

ii) Jumelage provisoire

iii) Services parodontaux complémentaires

Pour les Personnes assurées résidant au Québec

Les lissages (surfaçages) radiculaires ainsi que les curetages sont couverts jusqu'à concurrence d'un maximum de 14 dents pour toute période de 12 mois. Ces traitements ne sont couverts que dans les cas où le sondage des poches parodontales indique 4 mm et plus.

Les détartrages sont couverts jusqu'à 12 unités de temps par Année civile.

Pour les Personnes assurées résidant à l'extérieur du Québec

Les lissages (surfaçages) radiculaires sont couverts jusqu'à concurrence de 12 unités de temps par Année civile. La couverture sera combinée à toute unité de temps de détartrage en excédent de la limite stipulée à la section Services préventifs.

e) Prothèses amovibles

i) Ajustements

ii) Réparations

iii) Rebasage et regarnissage

iv) Nettoyage et polissage

f) Chirurgie buccale

i) Ablation de dents ayant fait éruption (sans complication)

ii) Ablation chirurgicale (complexe)

iii) Exposition chirurgicale et mouvement d'une dent

- transplantation : jusqu'à concurrence de 150 $
- repositionnement chirurgical : jusqu'à concurrence de 150 $

iv) Énucléation d'une dent

v) Remodelage et plastie des tissus buccaux

- alvéoloplastie
- gingivoplastie ou stomatoplastie
- vestibuloplastie
- remodelage du plancher de la bouche
- extension des plis muqueux

vi) Ablation ou incision chirurgicale

- ablation de tumeurs ou de kystes
- énucléation des kystes/granulomes
- cheiloplastie (rasage de lèvre)
- greffe d'un os au niveau de la mâchoire
- marsupialisation
- incision et drainage ou exploration
- incision pour le retrait de corps étrangers : jusqu'à concurrence de 150 $

vii) Traitement des fractures

- mandibulaire ou maxillaire (y compris la ligature métallique) : réductions ouvertes jusqu'à concurrence de 750 $
- fractures alvéolaires
  - débridement, retrait des dents
  - réimplantation d'une dent avulsée (y compris la contention)
  - repositionnement d'une dent déplacée à la suite d'un traumatisme
  - réparations et lacérations : si plus de 6 cm, jusqu'à concurrence de 750 $

viii) Frénectomie/frénoplastie

ix) Fractures sinusiennes

g) Services généraux complémentaires

i) anesthésie (en corrélation avec de la chirurgie)

Si des frais de laboratoire s'appliquent à l'un des procédés des soins de base, ces frais sont limités à 50 % des honoraires établis pour ce procédé.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

En plus des exclusions et réductions décrites dans la disposition des Exclusions et réductions de l'Assurance maladie complémentaire, si une telle assurance est incluse dans la police collective, l'Assurance soins dentaires ne couvre pas les frais :

a) Directement ou indirectement liés à une reconstruction complète de la bouche, visant à corriger la dimension verticale, ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;

b) Relatifs à un appareil que la Personne assurée doit porter dans l'exercice d'un sport ou d'une activité récréative;

c) Qui sont 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;

d) Pour les services et fournitures qui résultent, 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;

e) Pour les services et fournitures qui résultent, directement ou indirectement, d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou d'une émeute;

f) Pour les services et fournitures qui ne sont pas Médicalement requis, qui sont donnés dans un but esthétique ou pour toute raison autre que curative ou qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique;

g) Pour les services et fournitures donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de la Personne assurée;

h) Pour les implants et les services reliés aux implants tels que, sans toutefois s'y limiter, les services chirurgicaux, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;

i) Pour les services et fournitures qui résultent, directement ou indirectement, de la perpétration ou la tentative de perpétration de toute infraction en vertu de tout code criminel ou législation similaire dans toute juridiction, si la Personne assurée a été inculpée ou déclarée coupable.

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 par la Personne assurée en vertu d'un tel régime, ou (ii) par une tierce partie en raison d'une poursuite ou d'un règlement.

PROGRAMME DE TRAITEMENT

S'il est prévu que le coût total du traitement dépassera 500 $, un Programme de traitement doit être soumis à l'assureur qui déterminera, avant le début du traitement, le montant des frais couverts.

Programme de traitement signifie une description écrite des traitements nécessaires, selon l'opinion du Dentiste généraliste, ainsi que les radiographies à l'appui de cette opinion, la date probable et le coût prévu de ces traitements.

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Honoraires

Les frais couverts seront remboursés conformément au Guide des honoraires pour l'année indiquée au Tableau sommaire, sous réserve de toute limite indiquée dans la garantie.

Les Frais engagés au Canada, autres que les frais liés aux services rendus par un Denturologiste, sont limités au tarif normal suggéré pour les Dentistes généralistes de la province de résidence du Participant.

Les Frais engagés pour des services rendus par un Denturologiste sont limités aux honoraires normaux suggérés pour les Denturologistes de la province de résidence du Participant.

Les Frais engagés à l'extérieur du Canada sont limités au tarif normal suggéré pour les Dentistes généralistes de la province de résidence du Participant.

Preuves

Avant d'effectuer un Remboursement, l'assureur peut exiger comme preuve à l'appui, sans aucuns frais de sa part, un diagramme complet montrant l'état de la dentition de la Personne assurée avant le début des traitements pour lesquels une demande d'indemnité est faite. L'assureur peut aussi, s'il le juge nécessaire, exiger les rapports de laboratoire ou d'Hôpital, radiographies, plâtres, moules ou modèles à des fins d'étude ou autres preuves semblables.

Autre Programme de traitement

S'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de la Personne assurée, l'assureur rembourse le traitement le moins dispendieux qui donnera un résultat professionnel adéquat compte tenu de la condition de la Personne assurée.

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 des 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 admissibles engagés, tel qu'indiqué au Tableau sommaire, lorsque la Franchise a été acquittée.

Maximum par Personne assurée

Le montant maximum remboursé par l'assureur est indiqué au Tableau sommaire.

Pour toute personne qui devient assurée plus de 8 mois après la date d'admissibilité, le Remboursement de tous les frais dentaires est limité à 250 $ au cours des 12 premiers mois d'assurance.

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 dentaires ou découlant de ceux-ci, les prestations seront coordonnées de façon à ne pas excéder les frais réellement engagés. L'expression «garantie» désigne toute garantie qui prévoit des prestations pour soins, services ou fournitures en vertu :

i) De tout régime d'assurance collective, individuelle ou familiale, d'assurance voyage, d'assurance des débiteurs ou des épargnants,

ii) De tout régime pris en charge par l'État, et

iii) De tout régime d'avantages sociaux non assuré.

PRESTATION DE SURVIVANT

Si le Participant décède tandis qu'il est assuré par la présente garantie ou avant toute prolongation de l'assurance telle que prévue à la disposition Prolongation des prestations, l'assurance en vertu de cette garantie sera maintenue pour ses Personnes à charge qui étaient assurées par la présente garantie au moment du décès, sans paiement de primes, jusqu'à la première des dates suivantes :

a) 24 mois après le décès du Participant; ou

b) La date à laquelle l'assurance des Personnes à charge aurait pris fin si le Participant avait été vivant; ou

c) La date de cessation de la garantie.

PROLONGATION DES PRESTATIONS

Si l'assurance en vertu de la présente garantie se termine, les frais couverts engagés après la date de cessation ne sont pas payables, même si un Programme de traitement avait été déposé et les prestations approuvées par l'assureur, sauf si le traitement dentaire est effectué dans les 31 Jours suivant la date de cessation de la garantie et qu'à la date de terminaison,

a) L'impression pour des prothèses complètes ou partielles a été prise, mais les prothèses n'ont pas encore été installées; ou

b) La dent a été préparée pour des ponts fixes, des couronnes, des incrustations, des oppositions ou des aurifications; ou

c) La chambre pulpaire a été ouverte en vue d'un traitement radiculaire.

DROIT DE TRANSFORMATION

Le Participant dont l'assurance soins dentaires est résiliée en raison de la fin de :

a) Son emploi, ou

b) Son appartenance au groupe,

peut transformer son Assurance soins dentaires en un contrat d'assurance soins dentaires individuelle sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité à l'assureur, à condition qu'il transforme également son Assurance maladie

complémentaire. Si l'Assurance maladie complémentaire n'est pas convertie, le Participant ne pourra convertir son Assurance soins dentaires.

Le contrat d'assurance soins dentaires 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 soins dentaires individuelle dans un délai de 60 Jours suivant la date de cessation 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 soins dentaires individuelle.

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

CESSATION

L'assurance en vertu de la présente garantie se termine telle qu'indiquée au Tableau sommaire, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

COPIE DU CONTRAT ET DES DOCUMENTS D'ADHÉSION

Un Participant peut demander à l'assureur de lui remettre une copie de la police collective, 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 les garanties d'Assurance maladie complémentaire et d'Assurance soins dentaires

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

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

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 RÈGLEMENT

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 restrictions.

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

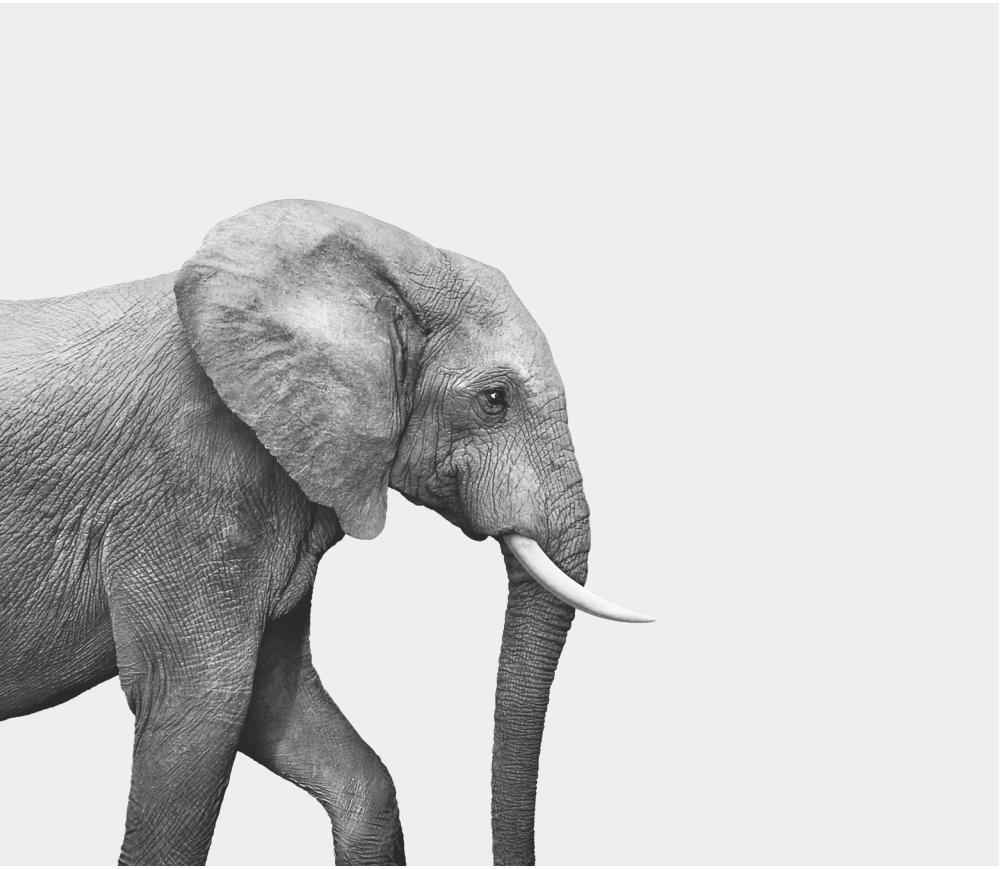
Le Participant a le droit de consulter les données recueillies à son sujet et de demander, par écrit, la correction de toute information inexacte. Le Participant peut en outre demander que toute donnée périmée ou superflue soit supprimée.

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